



GUÍA DE RECOMENDACIONES SOBRE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS MUJERES TRANS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE



Copyright © Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans (REDLACTRANS) 2017
Primera edición 2017

“Los puntos de vista aquí descritos son los puntos de vista de esta institución, y no representan los puntos de vista u opiniones del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, ni hay ninguna aprobación o autorización de su material, expresa o implícita, por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.”

Impreso en la República del Ecuador



GUÍA DE RECOMENDACIONES
SOBRE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
DE LAS MUJERES TRANS EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Presentación: objetivos y destinatarias/os	3
2. Conceptos básicos sobre identidad, género y sexualidad	7
2.1. Algunas definiciones importantes para comprender a la mujer trans en su diversidad	12
2.2. El binarismo sexo-genérico como construcción e imposición	13
2.3. Sobre el Marco Legal	16
3. Antecedentes: qué se dijo sobre la situación de la salud de las mujeres trans en América Latina y el Caribe	21
3.1. Salud Mental	28
3.2. VIH y otras ITS	29
3.3. Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	35
3.4. Efectos negativos del proceso de hormonización autoadministrado y otras modificaciones corporales	37
3.5. Otros problemas de salud	39
3.6. Sobre los determinantes de la salud de las mujeres trans	39
4. Atención integral de la salud: prevención, cuidado y apoyo	45
4.1. Primer Acercamiento (protocolo de atención inicial)	51
4.2. ITS y VIH (tratamientos, consejerías, acompañamientos, adherencias)	54
4.3. Métodos de adecuación del cuerpo a la identidad de género (procedimientos quirúrgicos y hormonales, y cuidados estéticos)	58
4.4. Consumos Problemáticos (uso y adicción a sustancias)	67
4.5. Atención psicológica (salud mental sin patologización)	69
4.6. Acompañamiento en casos de violencia, discriminación y estigma	71
5. ¿Cómo seguimos? Construcción de redes y estrategias de diálogo	72
6. Recomendaciones finales	74
7. Bibliografía	78



“La expectativa de vida de una mujer trans en la región es de 35 años. Sin salud integral, no hay igualdad de derechos ni democracia real”

*Marcela Romero
Coordinadora Regional
REDLACTRANS*

1. Presentación: objetivos y destinatarias/os

El derecho a la salud es un derecho humano y, como tal, es inalienable. Su cumplimiento es obligación de los Estados, garantizada en la legislación nacional, pactos, tratados y convenciones internacionales. Sin embargo, gran parte de la población aún carece de este derecho.

Las mujeres trans¹ vivimos la permanente vulneración de muchos de nuestros derechos. En Latinoamérica y el Caribe, atravesamos situaciones de violación sistemática de nuestros derechos humanos. Históricamente, “la falta de reconocimiento legal que las personas trans han vivido durante años ha sido una de las principales razones para que esta población no tenga sus necesidades cubiertas”². Evidencia del no reconocimiento de nuestros derechos humanos lo constituye la disminución, obstaculización o interrupción de nuestro acceso a la salud por barreras y condicionamientos impuestos en los servicios tanto públicos como privados.

La patologización de nuestra identidad dentro de las ciencias médicas, la disposición de los consultorios o las salas de espera, el horario de atención, el rehusarse a llamarnos por nuestros nombres, junto con los prejuicios sobre nuestras prácticas (laborales, sexuales, de intimidad, etc.) y nuestros hábitos de cuidado, constituyen factores que impiden que podamos acceder con equidad a servicios de salud de calidad y de manera constante.

La discriminación abierta o velada, los prejuicios, el estigma, la presunción –sin consultarnos– sobre nuestras actividades, las vulneraciones a nuestra autonomía son prácticas habituales contra las que tenemos que luchar entre todas y todos. Un estudio hecho en Argentina por ATTTA, Fundación Huésped y ONUSIDA en el 2014, demostró que a pesar de haberse sancionado en ese país la Ley de Identidad de Género, la ley de Sida y una batería de medidas antidiscriminación, “los actos de discriminación por parte profesionales de la salud, ya sea por la identidad trans o un diagnóstico de VIH, son muy altos”³.

En aquellos países de América Latina y el Caribe (como por ejemplo Argentina, Bolivia y Uruguay) en los que se ha sancionado una Ley de Identidad de Género, se ha incrementado el

¹Utilizaremos el término trans para nombrar e incluir a todas las personas cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer. El concepto “mujeres trans” es el que nos representa, en tanto somos personas con identidad de género femenina.

²“Ley de Identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina”, 2014. Publicado por ATTTA, Fundación Huésped y ONUSIDA. Pág. 9.

³“Ley de Identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina”, 2014. Publicado por ATTTA, Fundación Huésped y ONUSIDA. Pág. 12.

respeto a nuestros derechos y, con ello, el acceso y la permanencia en los servicios de salud. Esto impactó positivamente no sólo en las prestaciones sino en la atención de las/los profesionales del área.

Dentro del contexto heteropatriarcal en el que vivimos -que posiciona y prioriza a los varones en espacios de poder y jerarquía y organiza la sociedad desde una perspectiva heteronormativa- las mujeres, trans y no trans, somos las responsables de un conjunto de cuidados de salud de los que no podemos desentendernos. Esto se da en dos procesos conjuntos:

Por una parte, somos responsables de nuestra salud y la de nuestros grupos familiares (menores y/o adultos a cargo). Lejos de sostenerse en algún “basamento natural”, el patriarcado organiza las tareas de cuidado y reproducción doméstica de manera tal que no le sean atribuidas a los varones, sino que recaigan en las mujeres (todas las mujeres, en todas nuestras diversidades).

Por otra parte, al vivir en sociedades injustas y organizadas sobre entramados de discriminación, las mujeres, y muy especialmente las mujeres trans, enfrentamos situaciones físicas y psicológicas que nos exponen fuertemente y nos vulnerabilizan.

Esto hace que debamos incorporar prácticas de cuidado y protección de la salud.

Las mujeres trans, a lo largo de nuestra vida, enfrentamos problemáticas relacionadas con la salud, desprendidas tanto del estigma, la discriminación y la violencia a las que somos expuestas, como de un conjunto de problemáticas que presentan los servicios de salud y las/los trabajadores/es que en ellos se desempeñan.

Objetivos de la Guía

Esta guía ha sido pensada como una herramienta para mejorar el acceso a los servicios de salud de las mujeres trans. Fue construida como una fuente de revisión práctica y rápida, en la que quienes trabajan en servicios de salud puedan encontrar la información necesaria sobre cómo abordar de manera integral (y desde una perspectiva respetuosa de los derechos humanos) nuestra salud. Su objetivo central es funcionar como una fuente de información para personas que trabajan en, organizan o planifican los servicios de salud.

Pero también pensamos que esta guía puede ser útil para todas las mujeres trans que puedan usarla como una herramienta de empoderamiento, volviéndola una estrategia de incidencia política y de reclamo de servicios de salud amigables que contemplen nuestras necesidades específicas. Esperamos que esta guía acompañe a las mujeres trans de América Latina y el Caribe a acercarse a los servicios de salud y a trabajar junto a su personal por abordajes integrales y dignos.

Finalmente, queremos que la guía provea recomendaciones y consejos sobre cómo acompañarnos de manera adecuada en cuanto a nuestra salud y nuestra identidad de género.

Creemos que, como advertía el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en 2013⁴, lograr un servicio de salud que sea amigable con las mujeres trans, donde se brinde atención a nuestra salud con una perspectiva integral y de derechos humanos, presupone un trabajo en la formación de los referentes, agentes y profesionales de la salud y un “reordenamiento de recursos existentes (lo que apuesta a la sustentabilidad en el tiempo) centrado en las características y necesidades específicas de esta población”.

Las personas que trabajan en los servicios de salud, en sus diferentes espacios y formas organizativas y administrativas tienen mucho poder sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas. Es por esta causa que consideramos que tenemos que ser aliadas y aliados en esta impostergable tarea de eliminar los obstáculos que existen y lograr nuestro acercamiento, acceso y permanencia en los servicios de salud, lo cual impactará velozmente en una mejoría tanto de la salud pública como de nuestra salud particular.

Estructura de la Guía

En el apartado número dos, repasaremos la terminología para tener un código común en los que comunicarnos, sin discriminación, estigma ni modos que violen nuestro derecho a la identidad.

Luego, en el apartado 3, haremos una compilación de los materiales existentes, para dar cuenta de aquello que ya se ha trabajado anteriormente desde otros espacios y poder sentar las bases sobre las que desarrollaremos nuestras recomendaciones.

El cuarto capítulo, abordaremos específicamente los elementos referidos a la atención integral de la salud, incluyendo elementos de prevención, cuidado, apoyo y acompañamiento. Describiremos aquí elementos estructurales referidos a los consultorios, las salas de espera, la disposición edilicia, y elementos específicos de nuestra salud.

Esta guía también pretende ser un elemento inicial de comunicación y debate. El apartado 5 aborda las opciones de contacto y diálogo porque a partir de aquí queremos construir redes y estrategias de diálogo, porque consideramos que la atención integral de las mujeres trans está íntimamente relacionada a la situación política, social, legal, económica y jurídica que atravesamos, por

⁴“Consultorios amigables para la diversidad sexual. Informe ejecutivo”, 2013. Publicado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Pág. 4.



lo que constantemente podemos ir mejorando los servicios de salud y la perspectiva integral que le imprimimos a los mismos.

Finalmente, listaremos las recomendaciones que darán cierre a esta propuesta.

Esperamos que este material se vuelva un elemento de uso y consulta habitual tanto por mujeres trans como por personas conectadas a los servicios de salud a lo largo de nuestra región latinoamericana.

La REDLACTRANS agradece el apoyo técnico de ONUSIDA, la Alianza Internacional y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para la confección de esta Guía.

REDLACTRANS

Septiembre, 2017



2. Conceptos básicos sobre identidad, género y sexualidad

Cuando se habla de *identidad*, no se piensa en una característica dada de manera definitiva y estanca, sino en un proceso de construcción de sentidos de pertenencia que las personas desarrollamos a lo largo de nuestra vida. El acto de construir(se) una identidad sigue un propósito práctico, ya que esa identificación permite algunas acciones al tiempo que imposibilita otras; y a la vez persigue un sentido cognitivo, dado que hace que el mundo se vuelva inteligible para los sujetos sociales.

Una dimensión de esa identidad o proceso de identificación es la identidad de género. Cuando se habla de la *identidad de género*⁵ de una persona, se habla de la dimensión sociocultural de lo femenino y lo masculino. Se trata de una construcción cultural, siempre ligada a un contexto histórico determinado, que interpreta el uso de los cuerpos según sus diferencias sexuales. Sin embargo, se puede establecer una marcada diferencia entre sexo y género, entre sexualidad e identidad de género.

La identidad de género refiere a una construcción cultural y, como tal, está atravesada por otras dimensiones, como la clase social, las diferencias étnicas, las formas dominantes de ver el mundo. En ese contexto, las personas adherimos a las categorías de género de lo masculino y lo femenino, sin que ello implique una “orientación” sexual determinada.

En las sociedades en las que vivimos, las identidades de género determinan un mundo de lo posible para las personas, estableciendo roles, representaciones y expectativas. Todas estas categorías se asumen individualmente, pero se construyen de manera colectiva. En el proceso de identificación de género se vincula la autopercepción con la forma en que somos percibidos por otras/os. Este proceso nunca es cerrado: podemos entender a la identidad de género como un devenir de identidades posibles, diversas, variables.

La imposición de categorías de género rígidas y binarias (femenino / masculino) es entendida como *heteronormatividad*. Este concepto refiere al entramado de dispositivos de poder a través de los cuales la heterosexualidad aparece como la normalidad dentro de

⁵Género refiere a “grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico” (Diccionario RAE). Desde ya que la cantidad

de sexos difiere también del conjunto binario heteronormativo que mencionamos en la página siguiente.

nuestra cultura, y desde allí se construyen reglas para el comportamiento humano. Esta “normalidad” otorga sentido (único) a la pertenencia social, a las relaciones de parentesco, las relaciones de pareja, la construcción familiar. Se difunde a través de dispositivos como instituciones, estructuras de pensamiento, prácticas, etc. La heteronormatividad es, entonces, el establecimiento de un sentido de “lo correcto” vinculado al género y la sexualidad, dejando fuera y estigmatizando a las relaciones e identidades que se alejen de los parámetros heterosexuales. Al respecto, dice el documento elaborado en 2016 por ATTTA, REDLACTRANS y UNSE: “De esta manera, aquellas personas que no se ajusten o que rechacen pertenecer a este sistema son acalladas o invisibilizadas, pues el sistema niega, rechaza y castiga las discrepancias. Es así que muchas personas que viven fuera de la heterosexualidad son excluidas por parte de la sociedad, como ocurre específicamente con la comunidad integrada por mujeres trans”⁶.

Cómo se verá más adelante, la construcción de categorías de género dominantes — en América Latina y el Caribe, lo masculino y lo femenino— se vinculó históricamente a la definición de normas de conducta para el

uso de la genitalidad. La sexualidad es una construcción social que refiere a todo lo que se vincula con el sexo (es decir, las condiciones biológicas), pero también con las reglas con las que ese sexo se normativiza: pautas de fidelidad, matrimonio, reproducción, maternidad o paternidad, etc.

La identidad sexual, entonces, refiere a un proceso de identificación que involucra la identidad de género y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia propio e interno que cada persona forma a lo largo de la vida. La identidad sexual comprende las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. Las identidades sexuales incluyen una amplia variedad de posibilidades y manifestaciones.

Por su parte, la orientación sexual de las personas refiere a la capacidad de sentir atracción emocional, afectiva y sexual con personas de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual) o con independencia del género (pansexual).

La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género. Es por ello que la identidad o expresión de

⁶“Estudio de situación de mujeres trans PVVS en relación con la adherencia al TARV en Argentina”. Publicado por ATTTA, REDLACTRANS y UNSE. 2016. Pág. 5.

género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

Es importante resaltar que el sexo físico, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona representan cuatro características individuales diferentes. Refieren a definiciones independientes y pueden manifestarse en una amplia gama de combinaciones posibles. El sistema heteronormativo binario dominante en las sociedades latinoamericanas en el presente propone la identificación con dos opciones de género, así como la coincidencia de esas identificaciones con comportamientos sexuales e identitarios esperables.

La primera definición se produce al momento del nacimiento y es externa: usualmente es un equipo de salud el que observa los genitales de quien acaba de nacer y define su sexo. Este sexo luego es ratificado en el registro civil por la inscripción y la elección de los nombres que hacen sus progenitoras/es o tutoras/es legales. En el proceso de su vida, muchas personas construyen su identidad a partir de esa primera asimilación que le fue impuesta, mientras que otras personas construyen otras identidades de género o sexual.

Sin embargo, más allá del sexo que se le haya asignado en el nacimiento y en el registro posterior, una persona puede identi-

ficarse como mujer, mientras que adopta formas masculinas de la expresión de género, o como un hombre, en tanto que la persona puede adoptar formas femeninas de expresión de género. Además, la no conformidad de género ya sea a nivel de identidad de género o de expresión de género, no está intrínsecamente ligada a una orientación sexual específica. Cualquiera que sea su expresión y su identidad de género, más allá de las expectativas de la sociedad asociadas al sexo asignado en el nacimiento, una persona puede sentirse atraída por individuos de un género diferente, del mismo género, o más de un género o independientemente del género.

Desde el campo de la medicina se han desarrollado e instalado fuertemente definiciones sobre las genitalidades de macho y hembra, las formas femeninas y masculinas y las identidades de varón u mujer. Estas ideas se naturalizaron y sostuvieron como sentido común, imponiendo un binarismo sexo-género (es decir, la identificación entre un sexo determinado y una identidad de género específica) que categoriza a los diversos comportamientos humanos en definiciones cerradas. Estas definiciones, además, mantienen la división jerárquica tradicional entre varones y mujeres.

Las disciplinas médicas, psiquiátricas, psicológicas y sexológicas tradicionalmente



asociaron la diversidad humana a dos manifestaciones genitales que relacionaron directamente con dos identidades sexuales y de género, desde un paradigma que sostenía a la reproducción como un interés central de las personas. Todo lo que no podía ubicarse en este patrón, fue señalado como una anomalía, anormalidad, trastorno, síndrome o patología. Históricamente se ha justificado la persecución, el castigo, la represión y hasta el tratamiento para su “cura” de algunas de las identidades o expresiones de género desde esos estándares binarios y cerrados de lo masculino y lo femenino, situaciones de estigma y discriminación que las mujeres trans atravesamos social, económica e institucionalmente. El binarismo se sostiene aún con la diferenciación entre personas trans y personas no trans, o personas intersex y no intersex, entre otras.

Estas determinaciones impuestas construyen una normalidad que deja fuera de todo marco legal a lo considerado anormal. Las personas que no entramos en las definiciones aceptadas quedamos desprotegidas legalmente y sometidas a la exclusión civil, habilitando la persecución y la violencia institu-

cional. Recurrentemente, estas personas evidenciamos el deterioro de su salud, la privación de la libertad e incluso la muerte.

En consonancia con los Principios de Yogyakarta, el artículo 2 de la Ley 26743 define la identidad de género como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales”⁷.

Sin embargo, la diversidad de cuerpos y las distintas experiencias, percepciones, expresiones e identidades, en términos de géneros y sexualidades, cuestionan aquella reducción biológica y psico-médica. Las personas vivimos los géneros de modos particulares. Existen múltiples maneras de identificarse con géneros y expresarlos. Tenemos derecho a construir nuestra identidad de género y manifestarla en libertad. Ese derecho debe ser respetado.

⁷“Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Publicado por el Programa de

Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2015. Página 16.

El respeto a las decisiones y las manifestaciones de las personas deben superar los condicionamientos que las instituciones de salud impongan. Los condicionamientos institucionales constituyen una barrera para el acceso a la atención de la salud. En los países donde la libre identidad de género está reconocida por la ley (Argentina, Bolivia, Uruguay y México – Distrito Federal, aunque con importantes diferencias entre ellos), esos condicionamientos van contra la ley y pueden implicar sanciones legales para las instituciones y personal de salud que incumplan sus obligaciones.

Bajo el marco legal que reconoce el derecho de las personas a definir su género y manifestarlo, las instituciones y los equipos de salud tienen la responsabilidad de abordar la salud de las personas trans de manera integral, comprendiendo la importancia del reconocimiento de la identidad de género en todos los aspectos de la vida.

Es necesario evitar que las personas trabajando en salud interpongan sus ideas, expectativas y normas morales o religiosas propias en nuestra atención de la salud. Hay que desarmar el sistema clasificatorio que estigmatiza a las identidades trans y las diferencia de las demás jerárquicamente. Debemos ir más allá de esas ideas propias para poder escuchar y reconocer a las personas en sus decisiones. La escucha atenta es la única forma

de poder brindar información precisa, oportuna y comprensible. Esa información debe dar lugar a un proceso de toma de decisiones libre e informada.

El uso del término “trans” (abreviatura de transgénero o transexual que desde la REDLACTRANS elegimos para representar nuestra identidad por su amplitud, pero, a su vez, su precisión) refiere aquí a las personas, cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer, e incluso desafían esas expectativas, como lo hacemos las mujeres trans. Como tal, el término “trans” puede ser contrastado con el término “cis” o “cisgénero”, que a veces se utiliza de manera complementaria para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género se corresponde con su sexo asignado al nacer. Las identidades trans abarcan diferentes procesos de identificación, expresión y corporización de lo sexo-genérico.

Las personas trans tenemos necesidades de salud tanto generales como específicas. Históricamente, hemos encontrado barreras para el acceso a servicios competentes para hacer frente a esas necesidades. Las necesidades específicas involucran la asistencia para concretar la identidad de género de una persona, incluyendo las intervenciones médicas



para feminizar o masculinizar el cuerpo. Entre las necesidades generales está la atención primaria básica, incluida la salud sexual que tome en cuenta la diversidad de las identidades de género, las expresiones de género, la anatomía, la sexualidad y las prácticas sexuales que se encuentran en esta población.

2.1. Algunas definiciones importantes para comprender a la mujer trans en su diversidad

No conformidad de género

Situación donde la expresión de género de una persona difiere de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con ella o su sexo asignado al nacer o su identidad de género.

Transición o Construcción

Refiere al período de tiempo en que las mujeres trans cambiamos del rol de género asociado con el sexo asignado al nacer a una identidad de género diferente. La construcción, como preferimos llamarla desde la REDLACTRANS, puede o no incluir feminización del cuerpo (modificando características genitales) a través de hormonas y otros procedimientos médicos.

Trans

En este documento, el concepto trans será utilizado para referirse a las mujeres cuya

identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer. Las mujeres trans somos personas trans que se identifican como mujeres, más allá de haber sido asignadas como varones al momento del nacimiento.

Transgénero (ó transgénera)

“Transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar las condiciones o características sexuales con las que nacieron, pero cuyas identidades de género difieren del sexo que se les asignó al nacer.

Transsexual

Adjetivo utilizado en el ámbito de la salud para referirse a las personas que buscan cambiar o han cambiado sus características sexuales de nacimiento y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (como la aplicación de hormonas y/o realización de cirugías) para feminizarse o masculinizarse.

Travesti

Este término es uno de los que más variaciones presenta en la región. En algunos países de Latinoamérica y el Caribe, es utilizado para referirse a las personas asignadas

como hombres al nacer que adoptan una apariencia física femenina y eligen utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus condiciones sexuales de nacimiento a través de una cirugía genital. En otros países se refiere a personas que usan prendas de ropa y que adoptan otras formas de expresiones de género culturalmente asociados con otro sexo diferente del asignado al nacer. Otros términos utilizados para describir a las personas que usan prendas y accesorios de otro género son: drag queens, transformistas, dragas, o vestidas (en el caso de hombres que asumen un papel femenino), y drag kings o pintadas (en el caso de mujeres que asumen un papel masculino).

Otras categorías de Género

Existen identificaciones de género que superan el concepto binario del género. Estas identificaciones no entienden al género como una categoría en la que hombre y mujer, masculino y femenino son mutuamente excluyentes. Estas categorías, que pueden recibir denominaciones como “queer” y “transqueer”, incluyen a individuos que se identifican tanto como hombres como mujeres (bigénero, pangénero, omnigénero) o como un tercer u otro sexo (intergénero) o sin género (agénero o neutro).

Géneros alternativos / Terceros géneros

Entre ciertos grupos indígenas, los sistemas de género no son necesariamente binarios (masculino-femenino), sino que incluyen categorías adicionales. Ejemplos de estas construcciones sociales de categorías de género son los muxes entre los Zapotecas en México o los tidawinas entre los Warao en Venezuela. Hay estudios que han demostrado que algunos grupos aborígenes de América Latina reconocían hasta cinco géneros dentro de sus grupos étnicos, antes de la conquista española.

En un entorno de consulta médica o abordaje de salud, lo que importa es la forma en la que nosotras nos llamamos. Si el perfil de una mujer trans en consulta puede asociarse, por ejemplo, a una definición “queer” pero ella prefiere ser llamada travesti, su decisión debe ser respetada. De ese trato también depende que permanezcamos en tratamiento y regresemos a los servicios de salud.

En un entorno de consulta médica o abordaje de salud, lo que importa es la forma en la que nosotras nos llamamos. Si el perfil de una mujer trans en consulta puede asociarse, por ejemplo, a una definición “queer” pero ella prefiere ser llamada travesti, su decisión debe ser respetada. De ese trato también depende que permanezcamos en tratamiento y regresemos a los servicios de salud.

2.2. El binarismo sexo-genérico como construcción e imposición

Las categorías de género que fundamentan las identificaciones de las personas

son producto de la construcción de quienes integran las diferentes culturas. Como categorías de la práctica permiten conocer y entender el mundo a partir de interpretar a las personas en tanto pertenezcan a una categoría u otras. Pero estas categorías también han permitido diferenciar y jerarquizar a las personas, es decir, se han utilizado para priorizar el dominio de unas sobre otras o para valorizar más algunas de ellas, en detrimento del resto. En consecuencia, lo perteneciente a un grupo social instituido como “normal” y “hegemónico” se prioriza por sobre la diversidad. La división entre hombres y mujeres es la primera jerarquización de la ciudadanía, a partir de ubicar una correspondencia entre la genitalidad (macho/hembra) y un rol social (masculino/femenino). En consecuencia, se han dictado arbitrariamente a lo largo de la historia formas de vestirse, de moverse, campos de pensamiento, profesiones, oficios, roles dentro del espacio doméstico, lugares de participación y circulación e intereses diferenciados para quienes se reconozcan y evidencien como varones y quienes se reconozcan como mujeres.

Estas formas de entender y experimentar los géneros acotados entre lo femenino y lo masculino evidencian los tradicionales roles sociales. Alrededor de estos roles, histó-

rica y geográficamente van variando las prácticas que se toman como definitorias e inconfundibles. De cualquier modo, esas categorías funcionan como ideales, ya que las personas nunca cumplimos con todos los rasgos asignados a un género u otro, sino que van asimilando algunos y dejando de lado, en un proceso cargado de tensión.

Sin embargo, la clasificación en masculino y femenino ha sido problematizada como *binarismo sexo-genérico* y se ha postulado la necesidad de reconocer la diversidad de formas en que la identidad de género puede expresarse, las organizaciones de personas trans hemos sido impulsoras fundamentales de estas críticas. Al mismo tiempo, sostenemos que la referencia a la identidad de género es independiente a la de “orientación sexual”. Las mujeres trans podemos identificarnos como heterosexuales, gays, lesbianas, bisexuales, pansexuales o queer, entre otras posibilidades.

Del mismo modo, sí como las experiencias y/o expresiones de género son tan variadas como personas existen, los modos de vivir las sexualidades son múltiples. Las personas no siempre nos ajustamos a las definiciones aceptadas en una cultura en un momento determinado, y proponemos cambios o tensiones para salir de esos esquemas o proponer otros. De todos modos, las experiencias trans

de los cuerpos y las sexualidades siguen estando condicionadas por los modelos hetero y homonormativos.

El término transgénero permitió alejarse de las connotaciones psico-médicas de la “transexualidad” y el “travestismo”. Esta propuesta permitió correrse de la heteronormatividad y resignificar bajo el paraguas del término trans a las maneras en que nos autopercebimos muchas personas construyendo nuestra identidad de género más allá de intervenciones quirúrgicas, modificaciones hormonales y estéticas.

Es desde esta perspectiva que el término “trans” asume un sentido político, en tanto identifica a “transexuales”, “travestis”, “transgéneros” y otras formas expresión y autodenominación. El término trans permite

señalar el proceso de autodeterminación identitaria que se diferencia de las denominaciones tradicionales y psico-médicas. Es así que trans no solamente refiere a las personas que vivimos en un género diferente al asignado al nacer, sino también a aquellas que elegimos el tránsito entre los géneros o no nos identificamos con ninguno, sin importar que hayamos realizado o no modificaciones hormonales y/o quirúrgicas.

La búsqueda y la construcción de modos de nombrarse/nombrarnos según la propia experiencia de género exceden a las categorizaciones preestablecidas y responde a formas de personalizar y politizar las referencias.



2.3. Sobre el Marco Legal⁸

La larga incidencia política y el trabajo sistemático y prolongado de activistas y organizaciones que, como las nuestras, luchan por los derechos sexuales y de género lograron que organismos internacionales como la OMS removieran de sus protocolos la patologización de las identidades trans, que hasta entonces eran clasificadas como “trastornos mentales”.

Ello ha conducido al reconocimiento de la importancia de la despatologización y desjudicialización de las expresiones de género e identidades trans. Eso significa entender estas experiencias no como patologías o anormalidades, sino como formas de expresarse y nombrarse desde la diversidad de las trayectorias vitales. Como tales, es necesario reconocerlas y garantizar su expresión dentro del paradigma de los derechos humanos.

La aprobación de la Ley 26743 en 2012 en Argentina, conocida como la Ley de Identidad de Género, obliga al Estado a cumplir con la despatologización. En el ámbito de la

No somos ‘hombres que tienen sexo con hombres’, como nos llamaron durante mucho tiempo en los estudios sobre VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual.
Somos MUJERES TRANS.

salud, la ley implica garantizarla atención integral para las personas trans, centrado en un modelo de derechos y basado en las necesidades de cada persona⁹, promoviendo la equidad en la prestación de los servicios de salud.

La Ley de Identidad de Género, cuenta con importantes antecedentes incluso en América Latina y el Caribe. Desde la década de 1970, en diferentes países, se sancionaron leyes para dar un reconocimiento estatal a las identidades trans. Así, sucedió en Suecia (1972), Alemania (1980), Italia (1982), Holanda (1985), Australia (1988 y 1993), Turquía (1988), Nueva Zelanda (1995), Finlandia (2002), Sudáfrica (2003), Reino Unido (2005), España (2007), Bélgica (2007), México DF (2008), Uruguay (2009), Bolivia (2016) y Portugal (2011).

La diferencia central con estos antecedentes radica en que las mismas sólo autorizan el cambio registral para aquellas personas que se someten a protocolos psico-médicos de

⁸ Para más detalles, se recomienda la lectura de la Línea Base en Situación de Salud de la REDLACTRANS (2017).

⁹ Un ejemplo sobre el impacto positivo directo que las leyes de género tienen en mejorar el acceso y la permanencia en los servicios de salud puede verse en el

caso de Argentina. Para más información de este punto se recomienda la lectura de ATTTA, Fundación Huésped y ONUSIDA (2014) “Ley de Identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina”.

evaluación y diagnóstico del género autopercibido. Esas leyes sostienen como requisito obligatorio la adecuación a las características físicas que se reconocen como socialmente típicas para cada género. Con variantes, proponen requisitos previos al cambio de registro en los documentos de identidad que incluyen la esterilización, la modificación genital y la hormonización.

Internacionalmente, existen antecedentes de importantes modificaciones que dan cuenta de los debates y luchas planteados por activistas y organizaciones. Se observa que circula un nuevo paradigma que reconoce las expresiones y/o las identidades de género de las personas desde la afirmación de su autonomía en las decisiones relacionadas con sus corporalidades, como derechos humanos fundamentales que no deben ser vulnerados.

Se destacan los Principios de Yogyakarta, firmados en 2007 por la Organización de Naciones Unidas, estableciendo estándares fundamentales para que los organismos internacionales y los Estados adheridos garanticen la protección de los derechos humanos a las personas LGTBI. Por su parte, informes como “Derechos Humanos e Identidad de Gé-

nero” (2009) de Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, y una Resolución aprobada por el Parlamento Europeo sobre Derechos Humanos, Orientaciones Sexuales e Identidades de Género de las Naciones Unidas (2011) solicitan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que deje de considerar a las expresiones y/o identidades trans como “trastornos mentales”¹⁰.

A nivel regional, la sanción e implementación de leyes y normativas que contemplen las necesidades específicas de la población trans varía de manera marcada. Mientras algunos países han logrado un desarrollo avanzado en su legislación, en otros países las personas trans enfrentamos dificultades y desafíos cotidianos¹¹.

América del Sur

En Argentina, la ley 26743 (De Identidad de Género) y las modificaciones normativas posteriores contempló el derecho a la identidad y garantizó el acceso a la salud integral a todas las personas trans. Un conjunto de leyes concomitantes fueron también modificadas o sancionadas para compatibilizar el

¹⁰“Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Publicado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2015.

¹¹ Un análisis de la legislación vigente puede verse en “La noche es otro país” (REDLACTRANS, 2012).

acceso a derechos sociales, políticos, económicos y culturales.

Bolivia presenta también un conjunto de leyes que han beneficiado a la población trans, entre ellos la misma Constitución, el Plan de Derechos Humanos y diversos decretos específicos que otorgan derechos y destacan como grupo específico a las personas trans, garantizando protección y no discriminación. En mayo de 2016, sancionó la Ley N° 807 de Identidad de Género, sumándose a los países de la región que incorporaron esta fundamental normativa.

En Chile, la situación jurídica se encuentra en un estado de transición, dado que si bien se han avanzado en algunos marcos (despenalizar la “sodomía” en 1999, la aprobación de proyectos para disminuir y erradicar la violencia contra la población LGBTI, normas que orientan la atención de la salud para la población trans, etc.), aún existe precariedad en otros (no existe aún ley de identidad de género). Desde 2012, las personas trans podemos cambiar de sexo y luego de nombre.

Paraguay es, dentro de sus países vecinos, uno de los más atrasados en la aceptación y cumplimiento de los tratados internacionales que buscan garantizar el derecho de la población LGBTI. No tiene ley de Identidad de Género ni ley que sancione la discriminación

contra las personas LGBTI. El sistema jurídico paraguayo rechaza el concepto de identidad de género y todos los intentos de sancionar leyes que consideren la situación de grupos específicos o de derechos de las mujeres son sistemáticamente modificadas por las Cámaras. No existen políticas públicas específicas para el sector y los pocos avances dados se corresponden con medidas de carácter ministerial o secretarial

Similar al caso argentino, Uruguay ha demostrado grandes avances en la consolidación del Estado de derecho para las personas trans. Sanciona la violencia, discriminación y crímenes de odio, posee una ley de identidad de género (N° 18620) desde 2009. La legislación conexas fue modificada y un conjunto amplio de políticas públicas fueron desarrolladas para disminuir la situación de violación de derechos humanos que nos afectaba a las personas trans. En el caso uruguayo, la incidencia de ATRU -Asociación Trans del Uruguay- fue fundamental para mejorar la ley y acercarla a las necesidades específicas que las mujeres trans identificamos.

Ecuador no cuenta con Ley de Identidad de Género. Se ha desarrollado una reforma a la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles, en la que se establece que se puede cambiar el campo sexo por el campo género en la Cédula de Identidad, de

manera voluntaria -una vez en la vida- y a partir de los 18 años. Para esta acción es necesario contar con el respaldo de dos testigos. Sin embargo, se ha avanzado en la mejoría de la normativa referida a la comunidad LGBTI. La constitución reconoce el derecho a la salud de toda la población y además afianza otro conjunto de derechos de relevancia central para el desarrollo humano. Si bien se ha avanzado en elementos como el derecho al respeto a la orientación sexual, aún es necesario desarrollar un conjunto legislativo que garantice los derechos humanos de la población trans.

México, Centro América y Caribe

México presenta una realidad mixta, siendo la Ciudad de México uno de los estados que más ha desarrollado una legislación tendiente a buscar del desarrollo de las personas trans. La constitución mexicana incluye el derecho a no ser discriminado por razones de preferencia sexual. Además, existe una variedad de normas destinadas a ofrecer servicios de salud al colectivo trans. En la Ciudad de México, las personas trans podemos, tras judicializar el caso, lograr un reconocimiento jurídico de su identidad. Desde el 2008, los cambios de sexo son reconocidos legalmente. Por su parte, en julio de 2017, Michoacán se convirtió en el segundo estado, después de la Ciudad de México, en otorgar el cambio legal de género. El texto de la norma sostiene: "se

entenderá por identidad de género la convicción personal e interna, tal como cada persona se percibe a sí misma, la cual puede corresponder o no, al sexo asignado en el acta primigenia". Con esto, se eliminan las intervenciones quirúrgicas, terapias o diagnósticos psicológicos como acreditadores de la identidad de género de las personas trans.

Este fue un triunfo de la lucha contra la patologización y el control de la "veracidad" por parte del saber médico que desde el movimiento trans venimos dando desde hace tiempo.

También en julio de 2017, el estado de Nayarit se convirtió en la tercera entidad del país en reconocer jurídicamente la identidad de las personas trans.

El logro más importante de la reforma es que la solicitud de cambio de rectificación de acta por identidad de género se convierte en un trámite administrativo a cargo de los registros civiles del estado,

El Salvador, al igual que el resto de Centro América y el Caribe, se encuentra en una situación legislativa precaria. Existen disposiciones ministeriales y normas de menor alcance que intentan disminuir la discriminación y mejorar el acceso de las personas LGBTI a los servicios de salud. Si bien se sancionan los crímenes de odio por orientación sexual, la normativa general no se expide sobre el colectivo de personas trans de forma específica



y esto genera una dificultad mayor para acceder a los derechos básicos y fundamentales.

Por su parte, la situación de Panamá también es para la población trans muy precaria, dado que no existe legislación específica que actúe como una defensa ante agresiones concretas o para reclamar el respeto a derechos humanos. Desde el 2000 existen planes específicos de salud, sobre todo referida a la prevención y tratamiento de VIH. La sodomía fue despenalizada en 2008 y desde este momento las personas trans podemos cambiar de nombre luego de una cirugía de reasignación de sexo.

Belice pertenece a las zonas más hostiles para la vida de las personas trans. Recién en 2016, por una intermediación del Tribunal Supremo, anuló la ilegalidad de las relaciones no heteronormativas. A pesar de esperar que esta decisión mejore las condiciones de vida, las normativas anexas no han sido propiamente actualizadas y la población trans continúa muy estigmatizada.

Algo similar ocurre en Guatemala, donde la normativa tampoco reconoce las especificidades del colectivo trans y no detalla políticas especiales para garantizar los dere-

chos de las personas trans. Las leyes guatemaltecas no reconocen el derecho a la identidad de género de su población trans y, si bien el derecho a la salud es garantizado por la ley, la prestación de servicios para personas trans muchas veces se ve dificultado u obstaculizado por el no respeto a la identidad. Desde la Base trans Nacional se ha promovido una política pública en función de la salud de las poblaciones trans. Por su parte, el Gobierno de Guatemala aprobó la Estrategia de Atención Integral y Diferenciada en Salud para las personas TRANS EN GUATEMALA 2016-2030. Aún queda operativizarla y proveerla de recursos para su pleno cumplimiento.

En Costa Rica, si bien la Constitución nacional se considera como una protección, no existe aún ley de Identidad de Género ni legislación específica contra la discriminación ni crímenes de odio.

Honduras no reconoce la identidad de género ni tiene una ley que busque erradicar con especial énfasis la discriminación o crímenes de odio contra el colectivo de personas trans, pero sí reconoce de forma más general la prohibición a la discriminación por razones sexuales.



3. Antecedentes: qué se dijo sobre la situación de la salud de las mujeres trans en América Latina y el Caribe

En este capítulo revisamos experiencias previas de manuales, guías o estudios que proponen formas de abordaje de la salud de las mujeres trans. La revisión realizada nos ha permitido recoger puntos comunes a estos documentos y detectar qué podemos sumar al camino recorrido. Las páginas siguientes reúnen los temas más relevantes de los documentos revisados. Complementaremos esta información con datos específicos de países y de la región con los que intentamos revertir cierto vacío bibliográfico a nivel regional.

Para proponer un sistema de salud fundado en un nuevo enfoque, que reconozca el derecho a la salud a todas las personas, especialmente a las mujeres trans, es necesario conocer en qué situación nos encontramos como población en América Latina y el Caribe. La situación de salud de las mujeres trans latinoamericanas es, sin dudas, producto de la larga historia de estigmatización y discriminación que hemos sufrido a partir de la patologización de su identidad trans. La interpretación hegemónica de las mujeres trans en el sistema de salud ha obstaculizado nuestro acceso a una salud integral y ha contribuido a consolidar la estigmatización hacia nosotras en otros ámbitos de la sociedad.

La encuesta realizada por INDEC en Argentina señala la importancia del sistema público de salud, dado que el 80% de la población trans encuestada no tiene cobertura de obra social o prepaga o incluso plan estatal. Esta cifra se confirma en un estudio realizado en Chile, en el cual el 86% de personas trans encuestadas era usuaria de servicios de salud pública. De ese porcentaje, el 34% afirmó además haber sido discriminada en estos lugares.

Un nuevo modelo de atención de la salud para mujeres trans debe poder incluirnos a nosotras y también a otras subjetividades diversas. La atención de la salud debe integrar un trabajo de acompañamiento, reconocimiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas. El ámbito de atención debe fortalecer la confianza y el respeto, dejando de lado prácticas de exclusión y discriminación.

Existen escasas iniciativas de recolección de información sobre la situación de las mujeres trans en América Latina y el Caribe. La ausencia de información referida a la situación de nuestra salud en clave regional es notoria. No se ha generado aún un relevamiento general de en el que se registre, tanto cuantitativa como cualitativamente, la situación de la salud y el acceso-permanencia-

retorno a los servicios de salud. Es por eso que hemos tenido que compilar dicha información a partir de diferentes documentos, artículos científicos, programas de difusión de organismos internacionales, etc.

Los Estados no han mostrado grandes esfuerzos por conocer cómo vivimos y nos encontramos las mujeres trans, sino que las iniciativas más reconocidas pertenecen a organizaciones de personas trans que buscan conocer el estado de situación de sus participantes.

Una de las fuentes de información actualizada sobre las mujeres trans es la Encuesta sobre Población Trans en Argentina, realizada entre 2011 y 2012 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI) de ese país. Se trató de una primera instancia de implementación de este instrumento y consistió en un primer esfuerzo del Estado para relevar, sistematizar y disponer de información socio-demográfica para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas. Aun cuando Argentina cuenta con un marco legal distintivo en América Latina y el Caribe, los datos que la encuesta ha arrojado nos permiten explorar situaciones que se repiten en todos los países de la región. Esta encuesta da sustento al análisis de situación de las mujeres trans en Argentina que realizó el Ministerio de Salud de la Nación en el documento “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”¹², publicado en 2015 a través de su Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta guía está dirigida a equipos de salud y refiere continuamente a la Ley 26743, conocida como la Ley de Identidad de Género sancionada en Argentina en 2012. Luego de presentar un resumen de la ley y ordenar concepciones médicas y de sentido común sobre la sexualidad, la identidad de género y los procesos de transición, la guía da lugar a un análisis de situación de la población trans en Argentina a partir de la lectura de los resultados de la Encuesta sobre Población Trans en Argentina (realizada por INDEC e INADI en 2012).

Más adelante, la Guía del Ministerio de Salud de Argentina propone estrategias de abordaje de la salud de las personas trans, siempre bajo el marco legal vigente en ese país. Algunas de esas estrategias fueron recuperadas en este documento. Ese marco funciona como un límite en los alcances de esa guía, ya que difícilmente pueda ser utilizada por equipos de salud de otros países. Además, la Guía para equipos de salud que editó el Estado nacional en Argentina toma en cuenta

¹² Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>



distintas transiciones en vez de estar dirigida a la atención de mujeres trans, como el presente documento¹³.

Por su parte, el documento presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2012¹⁴, presenta datos sobre las mujeres trans de otros países de América Latina. Aunque la información presentada permite abordar la situación de las personas trans en América Latina, es recuperada de investigaciones particulares que ordenan de forma fragmentada la situación de nuestra población. El documento de OPS da cuenta de ese vacío de información y resalta la importancia de contar con esos datos para la toma de decisiones y la elaboración de políticas públicas. El enfoque del documento de OPS es sumamente interesante dado que al poder superar el marco legal de un país en particular, se explora en un factor fundamental: los determinantes de la salud¹⁵ y los obstáculos legales pero también culturales y económicos que encontramos las mujeres trans al intentar acceder a servicios de salud. Dar un lugar central a los determinantes de la salud implica aceptar que “la situación de vulnerabilidad de muchas de las mujeres trans en América Latina se ve agravada por la pobreza, la edad, el origen étnico, la nacionalidad, el estatus migratorio, la discapacidad y el estatus serológico, entre otros factores” (REDLACTRANS, 2012: 14).

El documento no está dirigido específicamente a equipos de salud, por ello incluye recomendaciones para la incidencia política en pos de leyes que reconozcan la identidad de personas trans en los países latinoamericanos. Sin embargo, contar con un público lector más amplio hace que las recomendaciones de atención de la salud incluidas en el documento pierdan cierta centralidad. El capítulo 9 del documento de OPS reúne recomendaciones para la atención, prevención y apoyo de personas trans en el ámbito de la salud, las cuales serán retomadas en nuestro documento.

También se ha tomado como referencia un documento elaborado en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina en

¹³ En muchos aspectos, el caso de la creación, redacción e implementación de la Ley de Género en Argentina y las posteriores mejoras en los servicios de salud para personas trans se han constituido como un ejemplo de buenas prácticas. Para una revisión de las mismas, recomendamos nuevamente ATTTA, Fundación Huésped y ONUSIDA (2014) “Ley de Identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina”.

¹⁴ Disponible en <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>

¹⁵ Entendemos por determinantes de la salud a las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”, y que explican las inequidades del acceso a la salud en las poblaciones. La OMS institucionalizó en 2005 su trabajo por los determinantes de la salud como una estrategia de asesoramiento a los Estados para mitigar las consecuencias de los determinantes. Más información en http://www.who.int/social_determinants/es/ (último acceso 26/08/2017).

2008, “Salud, VIH-SIDA y sexualidad trans. Atención de la salud de personas trans y travestis. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans”¹⁶. El documento aborda algunas cuestiones conceptuales sobre transexualidad y propone algunas consideraciones para la atención de personas trans, así como para tratamientos de hormonización. La segunda parte del informe presenta los resultados de “Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans (travestis/transexuales/transgéneros” realizado en 2006 por el Programa Nacional de SIDA de Argentina, con la participación de ATTTA y la Fundación Buenos Aires SIDA.

De igual modo, fueron incluidos en esta revisión documentos presentados por ATTTA y REDLACTRANS. Uno de ellos, “Estudio de situación de mujeres trans PVVS en relación con la adherencia al TARV en Argentina”, elaborado en conjunto por ambas organizaciones y la Universidad Nacional de Santiago del Estero (2016), muestra la situación económica, educativa y de acceso a la salud de mujeres trans del territorio de Argentina

El documento de OPS (2012) dirigido a la construcción de un sistema de atención integral para personas trans en América Latina, esboza sobre la sistematización de los datos recolectados en distintos países cuáles son los **principales problemas detectados en la población de mujeres trans**:

- Alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas exógenas;
- Alta tasa de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual;
- Alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas;
- Efectos negativos de hormonas auto administradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales, incluyendo complicaciones por malas intervenciones de reasignación de sexo; y problemas de salud reproductiva;
- Otros problemas de salud, muchas veces derivados de los altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes de odio).

Las situaciones de discriminación y violencia vividas en instituciones públicas, incluidos los establecimientos de salud, son referenciadas en todos los documentos revisados. De acuerdo con el

¹⁶ Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000145cnt-2013-06_salud-vih-sida-sexualidad-trans.pdf



documento del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina y OPS¹⁷, las personas trans accedemos a los hospitales públicos de manera muy tardía, cuando están muy enfermas y con su salud muy deteriorada.

En relación con los efectores de salud, la encuesta realizada por ATTTA y Fundación Huésped (citado en OPS, 2012) señala que las personas sufrieron discriminación tanto por parte de otras/os usuarias/os de los servicios como por distintas/os integrantes del equipo de salud, en especial personal médico y administrativo. Esta situación de discriminación en el ámbito de salud condujo directamente al abandono de tratamientos médicos, incluso dejando de asistir al sistema de salud como consecuencia de la discriminación sufrida por su identidad de género.

El estudio realizado por USAID en Centroamérica¹⁸ reunió experiencias de estigmatización y discriminación reflejadas en hechos como burlas y comentarios fuera de lugar, falta de respeto a la privacidad de las pacientes y demoras en la atención al ser dejadas para el último lugar. La calidad de la atención fue calificada por las participantes de ese estudio como mala, carente de conocimientos e insumos. En coincidencia con la tendencia mencionada anteriormente, la prevención de salud no es una práctica regular sino que se acude en caso de emergencia (ante el dolor o enfermedad manifiesta). El “Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe” de la REDLACTRANS, publicado en 2014¹⁹, revela resultados de una investigación en la que participaron mujeres trans de la región y afirma que ante la pregunta de cuál es el principal obstáculo que tiene la población trans en el acceso a la salud, se recogieron respuestas casi unánimes que mencionaban la falta de preparación, sensibilización y capacitación del personal y de los/as profesionales del sistema de salud para la atención de personas trans. Sigue el informe: “el trato que brindan no tiene un enfoque de derechos humanos y en la mayoría de los casos no se respeta la identidad de género de las personas trans ni el nombre con el que se presentan. Además, suele negárseles una atención integral y muchas veces

¹⁷“Salud, VIH-SIDA y sexualidad trans. Atención de la salud de personas trans y travestis. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans”. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) y OPS. 2008.

¹⁸ “Diagnóstico situacional de estigma y discriminación relacionado a la homofobia, transfobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica”. USAID. 2011.

¹⁹ Disponible en <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2015/03/Informe%20DESC%20trans.pdf>

son derivadas a áreas de VIH e ITS sin mayor trámite.”²⁰ La consecuencia más grave de la estigmatización y discriminación hacia las mujeres trans es su manifestación en crímenes de odio. OPS²¹ señala que una de las amenazas más inmediatas para la salud de las personas trans consiste en los niveles desproporcionadamente altos de violencia física. América Latina cuenta con un altísimo índice de asesinatos de personas trans: OPS menciona que allí se dieron el 80% de los casos de homicidio de personas trans registrados en el mundo en 2011. Los actos de violencia motivados por la transfobia²² (entendida como actitudes y comportamientos individuales y grupales de rechazo, desprecio, desdén y violencia hacia las personas trans) son invisibilizados por los medios de comunicación tratándolos como “ajuste de cuentas” o “crimen pasional” y muchas veces permanecen impunes. Sobre la impunidad de los asesinatos de mujeres trans y su tratamiento a nivel estatal, encontramos información sistematizada y testimonios en “La noche es otro país”, documento elaborado en 2016 por REDLACTRANS con el apoyo de Alianza Internacional y What’s preventing Prevention. En este documento, sistematizamos el altísimo número de homicidios y asesinatos extrajudiciales denunciando que “la criminalización disuade a las personas a buscar servicios médicos, echando a perder los esfuerzos de prevención del VIH y afectando el derecho a la salud” (REDLACTRANS, 2012: 5). La falta de reconocimiento de los crímenes y la inacción para su resolución hacen responsable al Estado ya que esta situación legitima la estigmatización y discriminación que las mujeres trans sufrimos en América Latina y el Caribe. Des-

Las posibles consultas que hagamos en servicios de salud mental están relacionadas a elementos sociales y de vida en sociedad y no a nuestra identidad de género.

tacamos allí que las políticas de salud pública que garanticen el acceso de las mujeres trans a los servicios de salud son herramientas para proteger nuestros derechos humanos básicos, así como su ausencia se convierte en un obstáculo para el ejercicio de nuestros derechos básicos. Necesitamos contar con un buen estado de salud física y mental para poder ejercer nuestros derechos y libertades, así como el ejercicio de esos derechos nos conducirá a disfrutar de un verdadero bienestar físico y mental. El documento presentado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

²⁰“Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe”. Publicado por REDLACTRANS. 2014. Página 35.

²¹ “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

²² Desde la REDLACTRANS desalentamos el uso de la expresión transfobia, optando por el uso del concepto violencia de género o transfemicidio que describe mejor la situación que las mujeres trans vivimos en la región al tiempo de incorporar nuestras demandas a las del amplio movimiento feminista. Sin embargo, entendemos que es un concepto que puede aparecer en la bibliografía de la temática o que algunas compañeras trans pueden utilizar.

(UNDP por sus siglas en inglés) y otras agencias de ONU en 2016, presenta una interesante propuesta de reforzamiento de las capacidades de las mujeres trans como una estrategia para mejorar su acceso a los servicios de salud. Se trata de una guía colaborativa para la implementación de programas de salud, especialmente vinculados a VIH Sida. El documento destaca la amenaza que significan para las estrategias implementadas, la existencia de transformismo, discriminación, violencia y criminalización de personas trans. Estas situaciones no sólo afectan nuestra salud mental y física, sino que claramente limitan el acceso a servicios de salud. En este documento se subraya la importancia del empoderamiento comunitario como una forma de construir confianza mutua para desarrollar alianzas y colaboraciones entre los actores involucrados. De este modo, propone involucrar en estos programas a las redes nacionales, regionales y globales de personas trans, ya que poseen una amplia experiencia y un conocimiento técnico esencial.

3.1. Salud Mental

Aún cuando se busca desterrar la patologización –surgida a partir de considerar una anomalía nuestra elección identitaria de género–, de las mujeres trans las situaciones de rechazo que atravesamos, junto con el stress causado por la discriminación y la exclusión social, pueden ser una fuente de malestar y angustias graves. Tanto la adversidad del medio ambiente, como las dificultades que la sociedad nos impone, pueden tener un fuerte impacto negativo en la salud emocional y mental de las personas trans a lo largo de sus vidas. La inquietud, la ansiedad y la depresión se manifiestan frecuentemente entre las personas trans, así como ideaciones suicidas. Estas condiciones no siempre son tenidas en cuenta al momento de la consulta, y nuestras preocupaciones resultan desestimadas.

Las mujeres trans tenemos derecho a una salud psicológica libre de discriminación y prejuicios, porque debemos afrontar situaciones de vida complejas e insertarnos en un sistema social, económico, político, jurídico y cultural que nos estigmatiza e intenta aislarnos.

Por empezar, es importante que ante una consulta por salud física no se desestime la necesidad de una consulta por salud mental, o que se tenga en cuenta al menos la posibilidad de detectar signos de depresión o ansiedad producto de las situaciones de discriminación y violencia que atravesamos. Escuchar nuestras consultas con respeto y recibir un trato digno, en el que nuestras preocupaciones fueran consideradas sería una recomendación fundamental para los equipos de salud.

Al igual que todas las personas, queremos ser atendidas en servicios psicológicos que no patologicen nuestra identidad de género. Haber asumido nuestra identidad nos liberó y nos empoderó.

Algunas experiencias exitosas incluyen la incorporación de personas trans para acompañarnos ante la situación de crisis o, incluso más sencillo, para sentirnos mejor recibidas al momento de iniciar un tratamiento psicológico.

3.2. VIH y otras ITS

La identificación de las personas trans como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), una categoría del sistema de salud que refuerza la patologización de las mujeres que desafían la identidad de género que les fue asignada al nacer, ha perjudicado enormemente la disponibilidad de estadísticas específicas de prevalencia de VIH SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. El documento preparado por OPS²³ (2012) señala que los datos epidemiológicos relativos a la salud de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe son muy escasos, particularmente en el caso de hombres trans. La especial vulnerabilidad de las mujeres trans al VIH SIDA se evidencia en estudios que muestran que la prevalencia de VIH entre las mujeres trans pueden ser hasta 40 veces superior a la prevalencia entre la población general, y hasta el doble de la prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres. Estudios afirman que las mujeres trans somos la población con más alta prevalencia de VIH/SIDA en América Latina, con una tasa promedio del 35% (RED-LACTRANS y Alianza Internacional, 2012).

Otros estudios (ATTA-REDLACTRANS, 2007; Asociación Panambi, 2011; Bolivia Red Trébol, 2012²⁴) informan tasas de prevalencia de VIH que varían del 26 al 35%.

Un estudio realizado en 1996 en Brasil²⁵, buscó identificar patrones de discriminación y condenas a prisión, al tiempo de que investigó la prevalencia de VIH en mujeres y hombres trans en cárceles. Los datos encontrados señalan que la discriminación y la violencia que llevaron a las personas trans a situaciones delictivas, también marcan su relación con su cuerpo y determinan los

²³ “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

²⁴ Citados en “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

²⁵ “HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population”, Varella, D. et al. Publicado en AIDS Patient Care STDS, Vol. 10, Nº 5.

altos niveles de VIH reportados por la población trans encarcelada (de las 82 personas entrevistadas, el 78% era VIH positivos). La relación previa con el trabajo sexual y la continuación de dicha actividad dentro de la prisión fueron los factores más marcados. Practicar el trabajo sexual en las cárceles latinoamericanas puede ser una forma de supervivencia o de evitar abusos físicos, sin embargo, resulta una de las situaciones de mayor exposición a las infecciones de transmisión sexual.

Si bien el trabajo ya cuenta con más de 20 años de antigüedad, los datos son de una actualidad innegable y muchas organizaciones de mujeres trans lo denunciamos.

En cuanto a la prevalencia de las infecciones, los estudios existentes informan sobre tasas alarmantes de VIH entre las mujeres trans, que van desde 15 a 33 % (Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b; Hernández et al, 2010; Tabet et al otros, 2002²⁶). Estos datos de prevalencia resultan aun más reveladores cuando se comparan con los datos de población general en América Latina: presentando una epidemia de VIH de tipo concentrada, a finales de 2013 se contabilizaron 1.6 millones de personas viviendo con VIH (PVVIH) en la Región, lo cual representa una prevalencia de 0.4%, que se podría considerar baja (Global Fund, 2014). La concentración de la epidemia explica la alta prevalencia en poblaciones clave, como las de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), Personas Trans y Mujeres trabajadoras sexuales (MTS). En América Latina, las personas trans estamos afectadas entre 28 a 198 veces más que la población general adulta, y de 2 a 3 veces más que la población HSH (Global Fund, 2014). Incluso en países con bajas tasas de prevalencia en la población adulta se observan estas diferencias entre poblaciones, lo cual permite inferir mayores condiciones de vulnerabilidad a la enfermedad.

Estas cifras indican que las mujeres trans somos casi dos veces más vulnerables a contraer el VIH que los hombres que tienen sexo con hombres (tasas de prevalencia entre 2.5 y 18 % en los mismos estudios). Los estudios centrados en las mujeres trans involucradas en el trabajo sexual revelaron tasas de prevalencia incluso más altas, de 28 a 63 %, confirmando el ejercicio del trabajo sexual como un factor de riesgo importante para las mujeres trans.

Las tasas de prevalencia para la sífilis también muestran cifras altas de prevalencia para las mujeres trans, con tasas que varían del 6 al 51 % (Universidad del Valle de Guatemala, 2010 /b;

²⁶ Citados en “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

Hernández et al, 2010; Tabet et al, 2002²⁷). Un estudio realizado en Argentina mostró un 42% de prevalencia de Hepatitis B entre mujeres trans que ejercen el trabajo sexual.

Respecto del VPH, el 97% de las mujeres trans que ejercen trabajo sexual incluidas en el estudio referenciado por OPS dio positivo. Por su parte, tres estudios evaluaron la prevalencia de HSV2 (herpes) entre mujeres trans en El Salvador, Nicaragua y Perú. Dicho estudio informó tasas entre el 71 y el 81 por ciento (Hernández et al, 2010; Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b; Silva-Santisteban et al., 2011).

En un estudio realizado para toda la región centroamericana en 2012, financiado por USAID y ejecutado por Iris Group International²⁸, encontramos que toda Centroamérica tiene un índice de VIH estable y concentrado en las poblaciones claves, excepto Belice que seguía siendo generalizada.

Según un estudio realizado a escala regional²⁹, el Caribe latinoamericano es la segunda región con mayor número de prevalencia de VIH. El 1% de su población adulta se encuentra afectada por el virus, mientras que, en países como Belice, para el año 2008, llegaba al 2%. Esta cifra incluía a las mujeres trans que somos unos de los grupos sociales más vulnerables a la problemática en el país. En el caso de la región Andina, la infección con el virus también afecta especialmente a la población trans y a las personas que se dedican al trabajo sexual. Esta encuesta indica que, por ejemplo, en Perú, casi el 55% de los “hombres que tienen sexos con hombres” (categoría que rechazamos, pero es la utilizada en el trabajo) entrevistados eran positivos. Para la zona del Cono Sur, este estudio mostró que Argentina y Brasil lleva adelante una campaña de prevención y tratamiento del VIH exitosa, sostenida sobre todo en la relación constante y continua de los agentes del sistema de salud con las comunidades de base y sus organizaciones. Sin embargo, también marcó la debilidad de los sistemas de salud y de información para la prevención en Paraguay.

²⁷ Citados en “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

²⁸ Iris Group International (2012). Diagnóstico de situación en el ámbito de políticas relacionadas con VIH en Centroamérica. USAID.

²⁹ HIV Biennial Report. 2008-2009. Pan American Health Organization.



En 2015, Samudio, Vesga, Cohenca, Jacobs y Brezzo publicaron un trabajo sobre la incidencia de VIH en población adulta de Paraguay³⁰ en el cual establecen que las nuevas infecciones y la tasa de incidencia son mayores en hombres que tienen sexo con hombres y, en segundo lugar, en personas que tienen sexo heterosexual.

Según el Informe Nacional Sobre los Avances realizados en respuesta al VIH y al SIDA en el Paraguay de 2014³¹, existen 12564 personas viviendo con VIH, siendo mayor la incidencia en varones que en mujeres. Al igual que en años anteriores, la vía de exposición sexual prevalece en un 98,48%.

Además, informa que para el 2011 la prevalencia de VIH en la población trans era del 26% y la de sífilis del 12%.

Según el Estudio de Prevalencia del VIH/Sífilis de población trans del 2011³², en Paraguay el 46% de la población trans encuestada declaró haber consumido drogas y, de ese porcentaje, casi un 68% habían elegido cocaína para dicho consumo.

Del total de la población trans entrevistada para el Estudio de Prevalencia de VIH/Sífilis de 2011, el 89% declaró dedicarse al trabajo sexual, de este número, el 21,7% vive con VIH.

Del total de la población trans entrevistada, 26% registra prevalencia de VIH mientras 12% de sífilis y el 6% declararon coinfección.

En un estudio publicado por la Fundación Igualdad LGBT de Santa Cruz³³ en 2008, se indica que a mediados de los años 90, la salud boliviana atravesó una crisis marcada, la cual afectó directamente la salud pública y sus prestaciones en torno a la prevención y el tratamiento del VIH, vulnerando los derechos de todas las personas que seguían tratamientos. Esto estimuló la organización de diversos grupos LGBT para reclamar al Estado que cumpla con sus obligaciones. Desde este año a la actualidad, Bolivia ha transitado mejoras marcadas en planes de VIH y de atención a

³⁰Samudio, Margarita; Vesga, Juan Fernando; Cohenca, Beatriz; Jacobs, Marjolein y Brezzo, Clarisa (2015) “Estimación de la incidencia de VIH en población adulta de Paraguay con el modelo matemático MoT” publicado en Revista Panam Salud Pública, Vol. 37, N° 3. Washington.

³¹Informe Nacional Sobre los Avances realizados en respuesta al VIH y al SIDA en el Paraguay (2014). ONUSIDA, OPS y Programa Nacional de Control de Sida/ITS del Paraguay.

³²Estudio de Prevalencia del VIH/Sífilis y comportamientos, prácticas y actitudes de la población trans en el Paraguay (2011) PRONASIDA, CIRD, Fondo Mundial, Panambi, ParaGay

³³Vargas, Pablo C. (2008) “Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (LGBT) en Bolivia: Diagnóstico y Antecedentes”, informe realizado por la Fundación Igualdad LGBT de Santa Cruz, para la Red LGBT del MERCOSUR. Bolivia.

personas trans, sin embargo, muchas veces el deterioro del sistema de salud general impacta negativamente también en las mujeres trans.

Un informe llevado adelante en el año 2012 en Lima³⁴, demostró que las mujeres trans constituimos la población más vulnerable frente al VIH/SIDA en Perú. De las 450 encuestadas, el 64% se dedicaba al trabajo sexual, el 30% dio positiva al test de VIH, el 79% padecía herpes y el 25% sífilis.

Belice tiene un porcentaje alto de prevalencia de VIH, y según un informe de ONU SIDA de 2014³⁵, el mismo se debe al uso selectivo de condón, a la iniciación sexual temprana sin educación en prevención y a la violencia de género. En 2012 se llevó adelante una encuesta para determinar la situación de grupos específicos respecto a la prevalencia de VIH, sin embargo, las personas trans no fuimos incluidas como tales. El target de la encuesta fueron Trabajadores sexuales femeninas, Personas viviendo con VIH y hombres que tienen sexo con hombres. De este último grupo, el 13,85% vive con VIH.

En Argentina, se desarrolló un estudio que intentó comparar los casos de prevalencia de VIH/Sida en las personas trans y las no trans que acudían al Hospital Ramos Mejía en Buenos Aires entre los años 2002 y 2006³⁶. Los resultados resaltan que la población trans presentaba un nivel de instrucción menor que la no trans, que casi el 90% tenía un bajo nivel de ingresos y que el 27,6% tenía una serología positiva para HIV (mientras que en la población no trans era de 6,2%). Al mismo tiempo, la población trans tenía un 54,5% de antecedentes de ITS, mientras la no trans de 16,9%.

Los datos del Ministerio de Salud de Uruguay³⁷ muestran una prevalencia del VIH/SIDA del 28%, cuando para la población en general la cifra es del 0,42%. Este indicador aumenta a 36,54% en las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual.

³⁴ “Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study, using respondent driven sampling. Silva-Santisteban, A et al. Publicado en AIDS Behav, Vol 16, N° 4.

³⁵ ONU SIDA (2014) Global AIDS Country progress Report 2014. Belize

³⁶ “Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales”. Toibaro, J. et al. 2009. Publicado en Medicina V. 69 N° 3.

³⁷ TRANSFORMA 2015. “Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans”. Documento base. Publicado por División de Derechos Humanos / Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC) / Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) de Uruguay. 2015.



Por su parte, una investigación llevada adelante en Nicaragua³⁸, indicó que alrededor de un 22.6% de personas trans entrevistadas en Managua nunca se hizo una prueba de VIH, siendo que el 77,4% de las demás si lo había realizado. Esto se debe, sobre todo, a las grandes y masivas campañas de concientización y sensibilización que las organizaciones de personas trans venimos desarrollando desde hace años tanto entre pares como con tomadores de decisiones.

Este mismo estudio muestra los problemas surgidos de la negociación del uso del condón, problemática que atraviesa tanto a las mujeres (trans y no trans) que realizan trabajos sexuales como a las mujeres en sus relaciones íntimas de pareja. Un estudio realizado en Chile³⁹ afirma que solamente el 67.2% de las mujeres trans encuestadas afirmó usar condón siempre, mientras que un 32,8% dijo no usarlo consistentemente. Al profundizar en si usan condón con las parejas estables que han tenido sólo el 22% indica utilizarlo siempre. El porcentaje sube cuando se pregunta por el uso del condón con clientes, para aquellas que ejercen el trabajo sexual: en ese caso el 85,5% indica utilizar condón siempre.

Según el Informe Nacional de Progreso sobre Sida en Chile (2014)⁴⁰, la principal vía de exposición al VIH es la sexual (99,2%), siendo los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) la vía más declarada. Este informe no desagrega las categorías específicas de la población trans y mujeres trans. Al igual que sucede en los dos trabajos mencionados sobre Chile, los casos de prevalencia e infección de VIH en mujeres trans en Costa Rica son difíciles de seguir, dado que las estadísticas tampoco cuantifican a la población trans por separado.

En la misma línea, una investigación realizada en 2006 en Ciudad Juárez (México) y Santo Domingo (República Dominicana) da cuenta de estrategias exitosas en el uso de condones por parte de trabajadoras sexuales mujeres (trans y no trans) dentro del ejercicio laboral con clientes y, además, dentro de la actividad sexual con sus compañeros.

Esta práctica de uso de condones está muy relacionada con nuestro acceso a los mismos (muchas veces asociados a la relación con los ministerios y espacios de salud públicos) y con la relación con estos servicios de salud. Si bien un alto porcentaje de personas trans trabajadoras sexuales ha

³⁸Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) Nicaragua. Estudio realizado en 2009. Resultados publicados en 2010.

³⁹ “Caracterización de la vulnerabilidad individual y grupal de personas Trans de la Región Metropolitana, con énfasis en aquellas que ejercen el Comercio Sexual”. Publicado por CES y MUMS. 2009.

⁴⁰Informe Nacional de Progreso sobre SIDA en Chile (2014) ONU SIDA y Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.

usado condón con el último cliente (95.8% en Argentina y 95% en Bolivia), es fundamental tener en cuenta que ese porcentaje cae fuertemente cuando se pregunta por parejas fuera del ámbito laboral, es decir no comerciales: entre 37 y 78% declaran haber utilizado un condón (Global Fund, 2014⁴¹).

Lo cierto es que los datos referidos a los comportamientos de la población respecto de las infecciones y las estrategias de cuidado también son escasos en lo referido a América Latina y el Caribe. La poca evidencia que existe respecto del alcance de programas de prevención indica que aun existe un porcentaje importante de personas trans que no es alcanzado por esas estrategias. REDLACTRANS afirma que en Bolivia, por ejemplo, solamente el 47% de las personas trans es alcanzada por programas de prevención, mientras que 7 de cada 10 ya se habría realizado la prueba de VIH (Global Fund, 2014).

En su publicación del año 2013, Sevelius remarca la importancia que tiene que las/los agentes involucrados en la prestación de servicios médicos cuenten con información rigurosa y actualizada para garantizar la calidad de la salud. Es por esto que la utilización de la terminología correcta es muy importante, sobre todo al momento de planificar una terapia o tratamiento a largo plazo, especialmente en la adherencia a tratamientos de VIH que es el centro de su estudio.

Además de considerar las formas en las que las mujeres trans seguimos de manera permanente o intermitente, suspendemos o retomamos nuestro tratamiento, es importante también pensar las formas en las que los diversos sistemas de salud de América Latina y el Caribe desarrolla y ejecuta estrategias para hacernos sentir parte de la comunidad y no discriminadas de las instituciones de atención.

3.3. Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Si bien se han desarrollado estudios que sistematicen información sobre el consumo de sustancias y las adicciones entre las personas trans, el tema ha sido menos investigado que otros campos (como HIV y terapias de reemplazo hormonal). Por su parte, el documento de OPS refiere a informes que sugieren que el consumo de alcohol es muy frecuente, así como el de otras sustancias. Esta práctica aparece como mucho más frecuente en relación con el ejercicio del trabajo sexual.

⁴¹ Nos referimos en esta sección a los datos incluidos en la Nota Conceptual presentada por REDLACTRANS en 2014 al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis.



De acuerdo con este documento, dicho consumo no estaría asociado a fines recreativos sino a las condiciones hostiles del trabajo sexual (foco de discriminación y violencia institucional en los países de América Latina y el Caribe). En los lugares en los que se desarrolla el trabajo sexual, muchas trabajadoras se ven obligadas a consumir sustancias para alentar al consumo de los y las clientes/as. Por ejemplo, en whiskerías son presionadas para consumir alcohol para que los clientes también lo hagan y de esa forma ampliar las ganancias de los propietarios de los bares y lugares de trabajo sexual.

El alcohol y otras sustancias pueden reducir la capacidad de negociar los términos de un encuentro sexual, lo que aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de infección por VIH y otros patógenos.

Por otra parte, el consumo de sustancias puede estar asociado a las condiciones de vida de las mujeres trans y las situaciones de rechazo a las que somos expuestas desde la temprana edad. Muchas de nosotras atravesamos adolescencias marcadas por actividades laborales tempranas, especialmente dentro del trabajo sexual, tras haber sido expulsadas de hogares, espacios públicos, instituciones educativas, etc. Estas condiciones de exposición y vulnerabilidad pueden influir en el consumo de sustancias psicoactivas.

En el ECVC-Nicaragua 2009⁴², se indicó que alrededor del 82% de las personas trans entrevistadas en Managua había consumido alcohol en los últimos 30 días y casi el 20% drogas.

En el año 2009, según un estudio focalizado en un servicio de salud amigable para personas trans en Buenos Aires, Argentina⁴³, se indicó que de la población trans que se acercó al hospital, el 68% registraba consumos de alcohol y el 76% de drogas, mientras que en la población no trans del mismo establecimiento los datos eran del 8,8% y 7% respectivamente.

En el mismo año, un estudio realizado en la Región Metropolitana de Chile⁴⁴ reveló que un 85,9% declaraba consumir drogas. De ese grupo, un 56,4% indica consumir sólo a veces, un 27,3% indica consumir casi siempre y un 16,4 indica consumir siempre.

⁴²Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) Nicaragua. Estudio realizado en 2009. Resultados publicados en 2010.

⁴³ “Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales”. Toibaro, J. et al. 2009. Publicado en Medicina V. 69 N° 3.

⁴⁴ “Caracterización de la vulnerabilidad individual y grupal de personas Trans de la Región Metropolitana, con énfasis en aquellas que ejercen el Comercio Sexual”. Publicado por CES y MUMS. 2009.

Por otra parte, el consumo de sustancias puede estar también asociado a la situación de discriminación social y de estigma a la que las mujeres trans somos expuestas cotidianamente. Este tipo de padecimiento emocional puede derivar en uso de antidepresivos u otro tipo de drogas con el fin de revertir la ansiedad, la sensación de desamparo o el malestar. En la guía para la atención de la salud de personas trans elaborada por OPS⁴⁵ se menciona la ausencia de estudios que confirmen esta vinculación, aunque incluyen la referencia a un estudio (realizado por Tobairo y otros en 2009) que menciona el consumo frecuente de alcohol en mujeres trans que ejercen el trabajo sexual. El consumo de sustancias aparece vinculado a la necesidad de soportar un entorno violento y hostil. Además, se reconoce la existencia de situaciones vinculadas al trabajo sexual en las que las mujeres trans son forzadas a consumir alcohol junto con sus clientes.

3.4. Efectos negativos del proceso de hormonización autoadministrado y otras modificaciones corporales

La utilización de hormonas para el inicio de los procesos de transición hacia la feminización de los cuerpos, así como la aplicación de sustancias inyectables, muchas veces se realiza por fuera del sistema de salud, sin supervisión ni acompañamiento médico posterior.

El documento elaborado por OPS⁴⁶ señala que en el caso de hormonas empleadas para feminización del cuerpo (estrógenos y antiandrógenos), los efectos colaterales pueden incluir: enfermedad tromboembólica, disfunción hepática, desarrollo de hipertensión, cálculos biliares, migrañas, retención de líquidos, además de otras condiciones relacionadas con el empleo de dosis elevadas de estrógenos como alteraciones en la producción de prolactina, resistencia a la insulina y desarrollo de tumores dependientes de dicha hormona.

Si bien no todas las mujeres trans realizamos trabajo sexual, muchas de nosotras sí lo hacemos. Es importante que nos pregunten y actúen sin prejuicios ni estigmatizaciones ante nuestras respuestas.

⁴⁵ “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de una atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe”. Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

⁴⁶ “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

Además de la administración de hormonas, muchas mujeres trans recurrimos a inyecciones de rellenos de tejidos blandos (la más común es la silicona líquida, “aceite de avión”) para modificar partes de sus cuerpos. La información disponible sugiere que las mujeres trans utilizamos sustancias para alterar la forma de sus mamas, nalgas, piernas, labios o mejillas.

La administración inyectable de rellenos de tejidos blandos usualmente es realizada por personal no calificado, en malas condiciones de higiene en el lugar de la administración, malas prácticas de asepsia y antisepsia, con contaminación química de los materiales de relleno (con aceite de linaza y aceite mineral) y con contaminación bacteriana o por hongos.

Además de las complicaciones derivadas de estas condiciones, la práctica de inyectar silicona industrial (dimetilpolisiloxano) o aceites de parafina directamente al tejido celular subcutáneo o los pómulos puede tener graves consecuencias médicas, como embolias pulmonares y consecuencias fatales⁴⁷. También se han observado casos de hepatitis granulomatosa, insuficiencia renal aguda así como úlceras, celulitis, cicatrices, abscesos e infecciones.

En Uruguay, un 38% de la población trans desea realizarse una operación de reasignación de sexo pero el Estado no responde a su demanda y un número también significativo de personas trans informaron estar haciendo hormonización sin seguimiento médico y sin tener en claro las consecuencias negativas de la misma (Informe Transforma, 2016).

Las terapias de hormonas y las de transición física deben realizarse dentro de un sistema de salud que nos informe a las personas trans y que, además de brindar el mejor procedimiento, contemple las especificidades de cada caso y la salud como un proceso integral.

La realización de estas prácticas por fuera del sistema obedece a diferentes elementos enumerados anteriormente. Entre algunas de estas razones, dado a la inexistencia de una Ley de género que garantice nuestros derechos, en algunos países estos procedimientos no son gratuitos por lo que iniciarlos en el sistema médico implica una inversión de dinero que muchas mujeres trans no tenemos. Por otra parte, los servicios de salud no siguen los protocolos de atención inclusiva y las experiencias atravesadas por las mujeres trans en los mismos suelen estar marcadas por maltrato, estigma y discriminación, etc. Otro problema es el de los horarios de atención suelen ser incompatibles con nuestros trabajos o la disponibilidad de turnos es muy escasa para hacer frente a la demanda.

⁴⁷ “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

Estas problemáticas varían en cada país de la región, siendo notoriamente disminuidas en aquellos que habiendo sancionado una ley de identidad de género, han trabajado en la prestación de servicios de salud integral para personas trans.

3.5. Otros problemas de salud

Todos los documentos y los relatos incluyen problemas de salud varios, derivados tanto del ejercicio del trabajo sexual (que no abarca a toda la población de mujeres trans pero sí a una gran mayoría) como de situaciones generales.

- Problemas dermatológicos (erupciones, prurito, pústulas, infestaciones parasitarias) como resultado del uso de prendas de vestir y rellenos hechos de fibras sintéticas, sudoración excesiva y la falta de acceso a los servicios básicos de higiene.
- Infecciones locales en genitales causadas por servicios sexuales brindados en malas condiciones de higiene.
- Dolores en las piernas y espalda, debido a la cantidad de tiempo paradas en la calle.
- Problemas dentales, caries, herpes e infecciones.
- Trastornos de sueño, insomnio.
- Problemas de nutrición, incluyendo anorexia, bulimia y desnutrición.
- Problemas respiratorios, congestiones causadas por el frío del trabajo en la vía pública.
- Heridas, incluyendo las consecuentes de la violencia sexual y la violencia institucional.
- Consecuencias físicas y psíquicas de la intimidación (bullying), discriminación, el acoso y la transfobia. Paranoia, ansiedad, trastornos de personalidad, etc.

3.6. Sobre los determinantes de la salud de las mujeres trans

Desde un paradigma de salud integral, se entiende a la salud no como la ausencia de enfermedad sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social. La definición de salud se funda, entonces, en una complejidad de interacciones entre fenómenos biológicos, pero también procesos ecológicos, culturales, económicos, políticos y sociales. Es por ello que, desde esta perspectiva, se asumen a factores como el acceso a educación y vivienda, la situación económica, la inclusión social como determinantes de una vida saludable.



Así, es fundamental al analizar la situación de salud de las mujeres trans en América Latina y el Caribe tener en cuenta que nuestras vidas estuvieron expuestas a procesos de exclusión de instituciones y derechos básicos, con situaciones de discriminación y violencia.

Exclusión, estigma y discriminación y violencia

Según la Encuesta Nacional de Situación de las Poblaciones TLGB en Bolivia, publicada en 2011⁴⁸, realizada en La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro, Tarija, Sucre, Trinidad, Potosí y Cobija, el 91,7% de la población trans entrevistada declaró haber sido discriminada y mal tratada por el personal médico (enfermeras y médicos), e incluso un 29,2% declaró que le negaron el acceso al hospital o centro de salud. El 82,4% de la población trans entrevistada declaró no tener seguro médico propio.

El sistema de salud boliviano genera dinámicas de exclusión que perjudican a la población en general y que complejizan aún más las ya existentes barreras de acceso de las personas trans. En un estudio publicado en 2011 por Ledo, Soria, MC, MSP y AS⁴⁹ se remarca esta problemática y, además, se explica la incapacidad del Ministerio de Salud para regular sanitaria, administrativa y financieramente los diferentes subsistemas de salud.

En la Primera Investigación (estudio de caso) sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de Población LGBTI en Ecuador de 2013, entrevistaron a un total de 2805 personas pertenecientes al colectivo LGBTI, donde las personas Trans representan el 31.10% del total, población mayoritaria frente a gays 29.20%, lesbianas 23.60% y bisexuales 15.90%. De todas las personas entrevistadas, el 55,8% declaró haber sufrido discriminación en espacios públicos, el 71,4% fue expulsado de espacios privados y el 65,6% padeció violencia en espacios públicos en Ecuador. Frente al tema de salud el estudio muestra que el 58% de la población LGBTI no está afiliada al seguro social, ni tiene acceso a otro tipo de seguro de salud.

⁴⁸Encuesta Nacional de Situación de las poblaciones TLGB en Bolivia (2011). Series Estudios e investigaciones. Conexión-Fondo de emancipación.

⁴⁹Ledo, Carmen; Soria, René; MC; MSP y AS (2011) Sistema de Salud en Bolivia, artículo publicado en Revista Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2.

El informe Transforma (2016) indicó que el 45% de las personas trans entrevistadas en Uruguay habían sufrido violencia por su identidad de género.

Según una publicación de la Asociación Panambi de Paraguay, del año 2014⁵⁰, el no reconocimiento de la categoría de persona trans dificulta que se generen estadísticas certeras sobre el asesinato a mujeres trans. En la misma línea, explica que la discriminación, el prejuicio y el estigma interfieren al momento de dirigir investigaciones imparciales e independientes para identificar a los asesinos de las mujeres trans. Por estas causas, los asesinatos quedan impunes e imputados bajo causas como “accidente de tránsito” o “altercado en la vía pública” que no dan cuenta de la característica de crimen de odio o transfobia.

A partir de la Encuesta Nacional de la diversidad sexual realizada en 2013 por MOVILH⁵¹, sabemos que en Chile el 74,5% de la población LGBTI ha sido discriminada por su orientación sexual o identidad de género alguna vez en su vida y el 92% nunca ha denunciado la situación de discriminación vivida. Sin embargo, no podemos saber cuántas de estas personas son trans, dado que el dato no se encuentra desagregado.

Obstáculos en el acceso a la educación

La encuesta realizada en Argentina por INDEC e INADI en 2011⁵² mostró que una de las mayores dificultades de las personas trans refiere al acceso al sistema educativo. De acuerdo con esta encuesta, solo el 64% de la población trans encuestada finalizó el nivel primario de educación, el 20% terminó el nivel secundario y el 2% finalizó el nivel terciario o universitario.

La lucha de las organizaciones LGBT ha permitido evidenciar la exclusión a la que el sistema educativo somete a las mujeres trans, la discriminación que sufrimos por nuestra identidad de gé-

⁵⁰Olvidadas hasta en la muerte. Asesinatos a personas trans durante el período democrático en Paraguay (1989-2013). (2014) Asociación Panambi de Travestis, Transexuales y Transgéneros. Asunción, Paraguay.

⁵¹Primera Encuesta Nacional. Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley contra la Discriminación (2013). Movimiento de Integración y Liberación Homosexual-MOVILH.

⁵² Citado en “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Publicado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2015.



nero durante nuestros estudios o bien al intentar insertarnos laboralmente. REDLACTRANS menciona en uno de sus documentos que reveló que el 65% de las personas trans en América Latina ha sufrido violencia en el ámbito escolar⁵³.

Cada vez que una mujer trans es llamada desde el consultorio médico con un nombre masculino, se pierde la posibilidad de incorporarla al servicio de salud y se la discrimina.

El trabajo presentado por ATTTA, REDLACTRANS y UNSE explica que “el ámbito escolar tiene una exhaustiva geometría de los cuerpos heteronormados, es decir reglas e indicaciones de cómo ser varón o mujer. Esta situación refuerza estereotipos y hace que las mujeres trans sean víctimas de discriminación, estigma e incluso violencia física por no respetar los parámetros que la educación establece para los hombres y las mujeres.”⁵⁴ Coincide con este análisis el documento elaborado por REDLACTRANS en 2014⁵⁵, “Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe”, que indica que “el no reconocimiento de la identidad de género por parte de estudiantes, docentes y autoridades derivan en situaciones de violencia, acoso y hostigamiento, que hacen insostenible la permanencia de las personas trans en el sistema educativo”⁵⁶.

Limitaciones en el acceso a trabajo formal

En Uruguay, al igual que en otros países de la región, la fuerte discriminación en el ámbito escolar y en el laboral aleja a las personas trans de trabajos bien remunerados (Informe Transforma, 2016).

El acceso al mercado laboral es otro de los puntos que se señalan en los documentos revisados. La misma encuesta realizada en Argentina por INDEC e INADI mostró que el 20% de la población trans encuestada no realiza ninguna actividad remunerada⁵⁷. El 80% restante se dedicaba,

⁵³“Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe”. Publicado por REDLACTRANS. 2014.

⁵⁴“Estudio de situación de mujeres trans PVVS en relación con la adherencia al TARV en Argentina”. Publicado por ATTTA, REDLACTRANS y UNSE. 2016. Página 6.

⁵⁵“Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe”. Publicado por REDLACTRANS. 2014.

⁵⁶“Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe”. Publicado por REDLACTRANS. 2014. Página 32.

⁵⁷ Citado en “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Publicado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2015.

al momento de la encuesta, a actividades relacionadas con la situación de prostitución y/o el trabajo sexual, u otras tareas de precaria estabilidad y trabajos no formales. La encuesta desarrollada por ATTTA y Fundación Huésped⁵⁸ confirma estas tendencias, afirmando que el 71% de las mujeres trans están ocupadas por cuenta propia, mientras que el 13% trabaja en relación de dependencia. Del total de las encuestadas el 61% se encuentra en situación de prostitución o ejerce trabajo sexual.

Según el informe Transforma (2016), basado en el Primero Centro de Personas Tras en Uruguay, la población trans que se dedicaba en el momento de la encuesta (2016) o se había dedicado en el pasado al trabajo sexual asciende al 64,9% del total relevado del país.

El acceso al empleo formal se ve dificultado por una compleja combinación de factores que incluye la falta de documentación personal acorde a la identidad de género autopercibida y la existencia de fuertes prejuicios sociales. Incluso quienes logran insertarse en el mercado de empleo formal, luego atraviesan dificultades relacionadas con su inclusión, dado que reciben burlas y hostigamiento por parte de sus pares y superiores⁵⁹.

Situación de pobreza y acceso a vivienda digna

Según un estudio realizado por Colafranceschi, Failache y Vigorito en 2013⁶⁰, la población trans uruguaya se encuentra atravesada por una situación de pobreza multidimensional en un índice mayor al del resto de la población del país.

Las condiciones de trabajo a las que hemos sido frecuentemente expuestas las mujeres trans también inciden directamente en la situación habitacional. De acuerdo con la encuesta mencionada de INDEC e INADI el 50% de las personas trans entrevistadas reside en viviendas deficitarias⁶¹. El informe de OPS⁶² coincide con esta afirmación, señalando que en Buenos Aires a menudo se les

⁵⁸ Citada en “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

⁵⁹ “Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe”. Publicado por REDLACTRANS.

⁶⁰ Colafranceschi, Marco; Failache, Elisa y Vigorito, Andrea (2013) “Desigualdad multidimensional y dinámica de la pobreza en Uruguay en los años recientes”, El futuro en Foco: Cuadernos sobre desarrollo humano. PNUD. Uruguay.

⁶¹ Citado en “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Publicado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2015.

⁶² “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.



niega la vivienda a las mujeres trans, que se ven obligadas a pagar alquileres o rentas exorbitantes por viviendas precarias, sin acceso a su propia cocina (49%) o a un baño (48%). La discriminación y rechazo que muchas mujeres trans experimentamos por parte de nuestro entorno familiar contribuye al riesgo de que la juventud trans termine viviendo en situación de calle. De hecho, el informe presentado por el Ministerio de Salud de Uruguay⁶³, afirma que entre el 15 y el 20 % de la población trans de ese país se encuentra en situación de calle.

El informe presentado por REDLACTRANS en 2014 explora la situación de vivienda y afirma que en los países donde se relevaron datos al respecto, la mayoría de las mujeres trans encuestadas no posee vivienda propia y encuentra muchas dificultades para acceder a un alquiler. Tal como los otros documentos revisados, se sostiene aquí que “la principal dificultad que se presenta en el acceso a la vivienda, a la tierra, o al crédito es la imposibilidad de demostrar solvencia económica, toda vez que no registran empleos formales. Y por supuesto, el estigma y la discriminación omnipresentes suman complejidad a la situación y crean dificultades incluso en los pocos casos en que existen las garantías usuales requeridas.”⁶⁴

Además del trabajo sexual, la vida en las calles y el uso de sustancias, la pobreza se identifica como un factor de riesgo que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres trans a infecciones y problemas de salud.

Es sumamente entendible que, en estas condiciones, las mujeres trans consideremos a los espacios del sistema de salud como lugares altamente discriminatorios a los que recurrir sólo en casos de extrema necesidad. El no reconocimiento de la identidad de la mujer trans, el no respeto hacia las decisiones que hemos tomado y tomamos respecto de nuestras vidas e identidad, contribuyen a que las mujeres trans evitemos la atención de la salud y, por lo tanto, no recibamos atención preventiva o de intervención temprana.

⁶³ TRANSFORMA 2015. “Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans”. Documento base. Publicado por División de Derechos Humanos / Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC) / Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) de Uruguay. 2015.

⁶⁴ “Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe”. Publicado por REDLACTRANS. 2014. Página 39.

A continuación proveeremos materiales, ejemplos y herramientas para que los diferentes equipos de salud y personas envueltas en atención y cuidado puedan informarse sobre las estrategias para prestar a todas las mujeres trans de América Latina y del Caribe una atención integral, de calidad y sostenida en un enfoque de derechos humanos.

4. Atención integral de la salud: prevención, cuidado y apoyo⁶⁵

Las mujeres trans de América Latina y el Caribe estamos atravesadas por clivajes sociales y somos afectadas por las situaciones de nuestro contexto. Hablamos diferentes lenguas, pertenecemos a diferentes etnias, algunas somos indígenas, otras afrodescendientes, algunas tenemos un historial de movilidad interna o internacional, algunos de nuestros abuelos fueron migrantes. Algunas estamos en situación de calle, otras hemos podido comprar u ocupar espacios en los que vivimos. Muchas tenemos compañeras/os estables, otras estamos con múltiples compañeras/os sexuales, otras nos hemos casado con mujeres o varones (trans o no trans) con quienes planificamos tener o adoptar hijos. Algunas de nosotras hablamos castellano porque nos enseñaron en la escuela, mientras que en nuestras casas de infancia se hablaban otros idiomas. Algunas somos delgadas, otras obesas, otras usamos pelucas. Algunas nos hemos operado o planificamos hacerlo y otras no tenemos interés en ello y preferimos no pasar por cirugías ni terapias hormonales. Algunas mujeres trans de América Latina y el Caribe somos religiosas, otras no lo somos, otras creemos en dios pero no confiamos en las iglesias.

Algunas de nosotras somos trabajadoras sexuales, mientras que otras no, y desarrollamos diferentes actividades laborales y/o profesionales, remuneradas o no. Algunas tenemos familiares

⁶⁵ Las recomendaciones aquí presentadas se derivan de diálogos con mujeres trans que atraviesan situaciones diversas al momento de acceder a los servicios de salud. También se han tenido en cuenta los trabajos citados en la primera sección de esta Guía que abordan la problemática desde la medicina o las ciencias sociales. Finalmente, para complementar la información de algunas secciones de esta guía hemos utilizado información proveniente de los siguientes materiales: “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe”, publicado por Organización Panamericana de la Salud en 2012; “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”, publicado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina en 2015; “Consultorios amigables para la diversidad sexual. Informe ejecutivo”, publicado por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2013; “Guía de Buenas Prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud”, publicado por Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español en 2010; “Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions”, editado en 2016 por United Nations Development Programme y otros.

a cargo, otras hemos sido rechazadas por nuestras familias y otras convivimos con ellas en un ambiente de aceptación.

Nuestra diversidad de género se complementa con múltiples diversidades sociales, religiosas y culturales, que atraviesan las sociedades en las que vivimos. Por esta causa es importante que el entorno de la consulta o tratamiento médico se desarrolle sobre la base del respeto, la escucha activa y la temporalidad que necesitemos para poder hablar de nuestra situación.

Es importante adoptar un paradigma despatologizador, es decir, que reconozca la identidad de género como una de las múltiples formas en las que se representa la diversidad humana, no asociándola con enfermedades ni patologías.

El *Center of Excellence for Transgender Health* recomienda que una de las formas más efectivas de mejorar las estrategias de prevención de VIH entre personas trans es seguir una regla de ocho prácticas de fácil realización:

- 1) Basar la propuesta en la comunidad de personas trans y en sus recomendaciones.
- 2) Incorporar las especificidades étnicas y raciales de la comunidad trans.
- 3) Utilizar metodología multidisciplinaria, focalizando no sólo en el concepto estricto de salud, sino también en el de bienestar, e incorporar las redes amistosas, familiares, sociales, comunitarias en este abordaje.
- 4) Compartir información acertada sobre la que evaluar la situación y mejorarla.
- 5) Pensar en todos los lugares correctos, tanto en la planificación de las acciones de prevención como en su desarrollo, por ejemplo, llevando la atención a las personas trans a sus barrios, lugares de trabajo, etc.
- 6) Incrementar el acceso a los servicios de salud por parte de las personas trans, ubicando los centros en lugares de fácil acceso por transporte público, brindar traducción en aquellos países donde la población trans está marcada por la experiencia migratoria, entre otros.
- 7) Invertir en el desarrollo y formación del equipo de trabajadores que forman parte de la propuesta de prevención, esto influirá en la forma en la que se comuniquen con las personas trans que se acerquen al centro de salud o a las campañas de prevención.
- 8) Incidir para conseguir un cambio estructural y sistémico del lugar en el que vivimos, a favor de la comunidad de personas trans.

Las mujeres trans tenemos derecho a una atención integral de la salud que contemple tanto la salud mental como la física, las circunstancias de vida y de trabajo, nuestro contexto social y

económico y el entorno en el que nos encontramos. Los servicios de salud no deben focalizarse sólo en la prevención del VIH o en la prestación de atención médica en situaciones de emergencia, sino que deben incorporar diferentes abordajes de salud que incluyan salud comunitaria, educación en salud, tratamiento y acompañamiento, escucha activa, seguimiento psicológico sin patologización, etc. Además, esta prestación debe ser competente, segura, confidencial y debe desarrollarse en un clima de respeto y libre de estigma.

Nuestras primeras recomendaciones giran en torno a los espacios de contacto inicial con el sistema de salud. Como dijimos anteriormente, muchas veces lo que se requiere es un reordenamiento y reestructuración de recursos, servicios e infraestructura existente y no necesariamente la creación de nuevos espacios.

Esta guía pretende, además, retomar el planteamiento del acceso universal a la salud afirmando nuestro derecho a ser tratadas y a recibir servicios pensados para la prevención y la promoción de la salud. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y accesibles. Los países latinoamericanos han adherido a estas definiciones, aun cuando sabemos que el acceso universal deja fuera a gran parte de la población⁶⁶.

Respuestas institucionales para abordajes sostenidos en el tiempo

Las problemáticas de los servicios de salud no integrales para mujeres trans son, muchas veces, cubiertos por especialistas, profesionales y agentes de salud que tienen muy buenas intenciones e intentan paliar el mal funcionamiento estructural mediante el empeño personal.

La calidad del servicio no puede depender de los actos aislados de profesionales ni de un grupo de personas que, una vez desagregadas o desfinanciadas, terminen por cancelar las prestaciones o las formas de abordaje.

Es importante que se formalice la prestación integral, es decir que se establezcan protocolos de acción, etapas de atención, estrategias estables y consensuadas. De esta forma lograremos que

⁶⁶ Para mayor información sobre el acceso universal a la salud, visitar el sitio de la Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es (último acceso: 5/09/2017).

el servicio de salud integral funcione de manera adecuada independientemente de la buena voluntad individual de cierto grupo de personas.

Salas de espera, espacios compartidos y baños públicos

Por empezar, recomendamos que las salas de espera se constituyan en espacios que incentiven la tolerancia, convivencia y diversidad.

Se han registrado muchos casos en los que, en las salas de espera de las especialidades médicas no exclusivamente relacionadas con la atención de las personas trans (emergencias, urgencias, traumatología, dermatología, endocrinología, etc.), tienen lugar momentos tensos, caracterizados por la agresión verbal o física, el acoso, el maltrato o la discriminación.

En muchos casos, la misma distribución del espacio (pocas sillas, espacios muy pequeños, hacinamiento) hacen que las personas que allí se encuentran estén nerviosas, mal predispuestas y tomen a las personas trans como chivo expiatorio de su situación y las maltraten, como sucede en otros espacios de la vida social.

Las salas de espera deben contar con información sobre la diversidad (que puede estar, por ejemplo, dispuesta en letreros en las paredes, folleterías de consulta, etc.) y con declaraciones que se centren en exigir respeto por parte de todas/os las/los usuarias/os.

En esta misma línea, los baños que responden al binarismo “femenino-masculino” se constituyen en una forma más de expulsión para algunas mujeres trans. Es necesario habilitar baños de mujeres que contemplen las diversidades dado que las mujeres trans también debemos ir al baño de mujeres y sentirnos incluídas en los mismos.

Resulta importante que los servicios de salud amigable tengan en cuenta la situación de violencia o intolerancia que caracteriza al contexto político, social y económico del país y de la ciudad en la que se encuentra. Es importante que al entrar a un baño que, por ejemplo, esté destinado a hombres no trans y hombres trans, el varón trans se encuentre protegido de ataques de otros varones. Se han revisado casos en los que las mujeres y hombres trans fueron atacados en los baños o salas de espera de los establecimientos de salud por otros usuarios y muchas de estas agresiones se vieron favorecidas por la carencia de personal para intervenir en estas situaciones o la falta de experiencia del mismo.

Horarios

En materia de accesibilidad por horarios de prestación de servicios, es importante tener en cuenta varios elementos. Uno de ellos es que muchas de nosotras somos trabajadoras sexuales, por lo que nuestros horarios de descanso y trabajo son diferentes a los de otras poblaciones. Espor ello que, para incluir a las mujeres trans que prestan servicios sexuales, es necesario que la atención se brinde en horarios de la tarde.

Es necesario generar señalizaciones múltiples que nos hagan sentir integradas y comprendidas por los servicios de salud. En casos de no contar con los recursos, se pueden realizar intervenciones sobre la señalización tradicional existente, para hacerla más inclusiva.

Asimismo, recomendamos que exista una oferta de horarios lo suficientemente amplia para poder incorporar a la mayor cantidad de mujeres trans.

Personas que intervienen en el proceso de acceso a los servicios de salud

Tenemos en claro que, en muchos casos, las y los especialistas, así como el personal de administración, seguridad, enfermería, maestranza, limpieza, cooperativas, no tuvieron la oportunidad de ser parte de un proceso de sensibilización y formación en la diversidad. Sin embargo, son las primeras personas con las que tenemos contacto al acceder o ingresar a una institución o servicio.

Es necesario que estas personas (personal administrativo, de seguridad y de inscripción/registro; serenos, cuidadoras/es diurnas/os y nocturnas/os, asistentes de ingreso por urgencias, enfermeras/os) surquen un proceso de formación y sensibilización de las temáticas relacionadas a la salud de mujeres trans. La mala intervención o el trato desatinado o violento por parte de este personal nos ponen en un lugar de vulnerabilidad incluso mayor al que atravesamos cotidianamente. Esta vulnerabilidad puede tener implicancias directas sobre nuestra salud y nuestra vida.

Una mala experiencia en el ingreso a un hospital, por ejemplo, puede significar que nos resistamos a volver a la institución, sufriendo las consecuencias de un tratamiento inexistente o interrumpido.



La guía “Por la salud de las personas Trans”⁶⁷ recomienda que esta formación se extienda no sólo al personal de servicios de salud, sino también a funcionarios de Ministerios, Secretarías, Aduanas, Aeropuertos etc.

Nombre Legal y Nombre de Identidad

En los países de América Latina donde se ha sancionado una ley de género que nos permite adquirir legalmente un nombre que represente nuestra identidad de género, la relación entre nombre legal y nombre acorde a la identidad no presenta mayores complicaciones. Sin embargo, en aquellos países donde la ley de Identidad no ha sido aprobada, las mujeres trans vivimos atravesadas por la portación de un nombre legal que no se condice con nuestra identidad de género.

Se han reportado numerosos casos en los que las mujeres trans no ingresamos al consultorio o espacio de revisión porque los agentes de salud (tanto médicas/os como enfermeras/os) nos llaman desde el interior de los mismos utilizando los nombres que figuran en nuestros documentos y no los adoptados en función de nuestra identidad de género. Lo mismo ocurre cuando se refieren a nosotras usando los artículos incorrectos (“el paciente” en vez de “la paciente” o “cuando él vino a consultar” en vez de “cuando ella vino a consultar”, etc.).

Estas formas de discriminación nos estigmatizan y nos expulsan de los servicios de salud.

Es de una importancia central que los servicios de salud (en todas sus etapas: recepción, identificación, atención) se refieran a nosotras con el nombre adquirido y acorde a nuestra identidad y no con el nombre que figura en nuestros documentos oficiales

Con estas intervenciones, aumentan las probabilidades de no asistir ni proseguir un tratamiento, dado que, si somos recibidas de esta forma tan incorrecta, vamos a temer (y evitar) el momento del contacto con las y los profesionales.

⁶⁷“Por la Salud de las personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe”. Versión Original: Bockting, W. y Keatley, J. Versión mejorada: Organización Panamericana de la Salud y Comité regional. 2011.

4.1. Primer Acercamiento (protocolo de atención inicial)

Por situaciones de discriminación sistemática, ataques y agresiones, malos tratos y violencia física o simbólica las mujeres trans tenemos temor o resistencia de asistir a los servicios de salud. Por esta causa es importante utilizar los ingresos en situaciones agudas o crónicas para intentar lograr un acercamiento integral a nuestra salud.

Como dijimos previamente, este contexto generalizado de hostilidad con las mujeres trans hace que el primer acercamiento a un servicio de salud nos determine la forma en la que vamos a continuar en el mismo. Es por esto que el personal de “primera y segunda línea” (dependiendo el país estos pueden ser las/los guardias de seguridad y las/los recepcionistas que registran nuestros nombres; o las/los administrativas/os y las/los enfermeras/os, etc.) debe estar necesariamente formado en género, sexualidades y diversidad desde un paradigma de derechos humanos, respeto y calidad. Las prácticas religiosas, políticas y sociales de estas personas no deben ni pueden entrometerse en la forma en la que tratarán a la población trans que accede a los servicios de salud.

Es necesario que los abordajes sean respetuosos y dialogados, de otra forma no queremos exponer nuestros cuerpos a que sean revisados por personas que no pueden llamarnos por nuestro nombre ni utilizar los artículos en el género correspondiente

El formulario de admisión es de fundamental importancia. En él deben registrarse los datos de la mujer que consulta y, en los países donde no ha sido aprobada una Ley de Género, es muy relevante que allí se registre el nombre con el cual la mujer trans quiere ser llamada y referida.

Es importante que allí se registre el género actual y el sexo asignado al nacer, para tener en cuenta la identidad y también la anatomía presente. Esta es una práctica central, dado que, si no se pregunta explícitamente, el personal de los servicios de salud puede derivar presunciones equivocadas sobre nuestra salud (por ejemplo, sexual y reproductiva), sobre nuestras prácticas sexuales, y, también, sobre las posibles enfermedades o problemáticas que podamos tener.

Con esto, queremos indicar que el respeto a la identidad de género debe combinarse con una atención minuciosa de los órganos presentes y la biología presente. Por ejemplo, en el caso de las mujeres trans —dependiendo si atravesaron o no intervenciones quirúrgicas para adaptar el cuerpo a la identidad de género— es necesario revisar las mamas, la próstata, el pene, los testículos, el ano, la vagina —si atravesó una vaginoplastia-, etc. De esta forma, se podrá realizar un abordaje integral.



Estas prácticas de revisión deben realizarse, sobre todo, en medio de un clima de mucho respeto y en el que la temporalidad sea negociada, dado que muchas veces puede ser muy difícil para una mujer trans ser examinada. La relación con el cuerpo de todas las mujeres, y de las mujeres trans, está muy mediada por las condiciones sociales y culturales en la que nos encontramos. Las experiencias con servicios de salud en los que se nos discriminó o estigmatizó, las situaciones de violencia padecidas, los ataques recibidos corporalmente en diversas situaciones, la estigmatización, nos posicionan en un lugar muy complejo en cuanto a nuestro cuerpo. Es por esto que el respeto, la escucha atenta, la buena predisposición y la comprensión deben ser elementos presentes en todas las consultas, especialmente cuando somos revisadas. Otro factor importante a tener en cuenta es que las relaciones sexuales, las prácticas sexuales, la erotización y los roles sexuales son diversos en cada mujer trans. No se encuentran necesariamente relacionados ni derivados directamente de su identidad de género ni del sexo atribuido al nacer. Cualquier información que no se consulte puede ser errónea, y de esa forma derivar en tratamientos equivocados. Los casos más habituales (aunque no es excluyente) son los relacionados a la salud sexual y reproductiva, en la que, por ejemplo, suelen dar por sentado que una mujer trans no utiliza su pene al mantener relaciones sexuales, o sólo se relaciona con varones no trans. Esta errónea suposición conlleva a infor-

Una estrategia que ha tenido mucho éxito es contar con personal trans que aborde a la mujer trans que se acerca a un servicio. Esta práctica se puede llevar a cabo en los espacios destinados específicamente a las personas trans.

mar barreras reproductivas o formas de prevención de infecciones de transmisión sexual incompletas o equivocadas. Por eso, recapitulando, es necesario no dar por sentada la información referida al sexo atribuido al nacer, a la identidad de género actual, a si se mantienen relaciones sexuales con mujeres, varones, mujeres trans, hombres trans, a si realiza trabajo sexual (y en caso de así serlo, consultar cuáles servicios), a si existen cuidados reproductivos y sexuales que se estén teniendo. Sin embargo, también es importante evitar el exotismo. Con esto referimos que no es necesario que entremos en detalles sobre elementos que no hacen a nuestra consulta. Al igual que cualquier otra persona, queremos ser atendidas de manera óptima por las dolencias, tratamientos, consultas, o problemáticas que nos acercaron al servicio. No es necesario que se nos indague sobre experiencias y elementos que no son centrales y que sólo nos incomodan. Como ejemplo, si nos presentamos por un

buido al nacer, a la identidad de género actual, a si se mantienen relaciones sexuales con mujeres, varones, mujeres trans, hombres trans, a si realiza trabajo sexual (y en caso de así serlo, consultar cuáles servicios), a si existen cuidados reproductivos y sexuales que se estén teniendo. Sin embargo, también es importante evitar el exotismo. Con esto referimos que no es necesario que entremos en detalles sobre elementos que no hacen a nuestra consulta. Al igual que cualquier otra persona, queremos ser atendidas de manera óptima por las dolencias, tratamientos, consultas, o problemáticas que nos acercaron al servicio. No es necesario que se nos indague sobre experiencias y elementos que no son centrales y que sólo nos incomodan. Como ejemplo, si nos presentamos por un

cuadro de dengue confirmado por estudios sanguíneos, preguntarnos sobre nuestras prácticas sexuales o las causas por las que decidimos pasar por tratamientos quirúrgicos o no hacerlo, es innecesario y no aporta al diagnóstico.

Por otra parte, las/los especialistas y enfermeras/os deben darnos la información más completa de la manera más accesible posible. Además, deben proveer el espacio para que podamos hacer las consultas y dudas que tengamos, sin temor a que nos traten de manera inadecuada por las preguntas que hacemos.

Eliminar la distancia jerárquica entre “paciente” y “médica/o” es posible si nos escuchan de manera atenta y des prejuiciada, nos explican con formas claras y precisas y nos informan todas las variedades de acciones, atenciones y tratamientos disponibles para que elijamos sobre una base de conocimiento.

Los comentarios que emiten opiniones sobre nuestros procesos de adaptación del cuerpo a nuestra identidad de género son negativos, incluso cuando se hacen con intenciones de “admirar” esa transformación corporal.

Del mismo modo, aquellas intervenciones generadas para “recomendarnos” que debemos operarnos o modificar nuestro cuerpo en función de las expectativas que el personal médico tiene

En una consulta por dolor inguinal, un médico opinó sobre el cuerpo de una mujer trans diciendo “*Sos trans? ¡Qué raro! Casi no se te notaba*”, a modo de “*cumplido*”. La mujer se sintió muy incómoda y no logró generar el lazo de confianza necesario. No regresó al servicio a continuar su tratamiento.

sobre lo que “el cuerpo de una mujer trans debe ser” impactan sobre nuestra percepción del servicio de salud y obstaculizan nuestro acceso al mismo, sumándole nuevas dificultades a las ya registradas.

Feldman y Goldberg⁶⁸ (2007) explican que las formas de intervención sobre nuestros cuerpos pueden variar de mujer trans a mujer trans. Podemos presentar diversas morfologías y coloración de clítoris, vagina, pezones y pechos. Además, nuestra piel puede reaccionar de maneras muy diversas a la medicación y tratamientos (acné, sequedad, reacciones alérgicas).

Siempre se debe pedirnos permiso para hablar de nosotras o usar nuestro cuerpo o vida de ejemplo frente a otras personas.

Finalmente, en muchos estudios internacionales se plantea a la salud dental como un buen espacio para iniciar el contacto con las mujeres trans. Debido a diversas causas presentes en toda la población (caries, patologías en la mordida, ortodoncia, dolores agudos), algunas derivadas de las condiciones laborales (exceso de bebidas energizantes, práctica de sexo oral no seguro) y otras

⁶⁸ Feldman, JL y Goldberg, J. “Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia”. 2006. Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program.

derivadas de hábitos y uso de sustancias (beber alcohol, fumar tabaco, usar marihuana), así como razones basadas en el uso de medicamentos y la toma de hormonas que generan respuestas e irritaciones en las encías, las mujeres trans acudimos a las guardias odontológicas o a los consultorios de salud dental y oral, muchas veces, con más frecuencia que a otros espacios del entorno médico. Ese es un buen lugar en los que las y los especialistas pueden acercarse a nosotras.

La falta de recursos económicos limita enormemente nuestro acceso a este tipo específico de atención, dado que todos los implantes, conductos, intervenciones para proteger o salvar una pieza dental, etc., son de un valor muy alto y rara vez se encuentran incluidos dentro de los servicios de prestación gratuita por parte del Estado o los servicios públicos. Aún así, es importante que se nos informe de la totalidad de opciones existentes, de los beneficios y complicaciones de cada una de ellas y de cómo estas pueden (o no) influir en los tratamientos que estemos llevando adelante en otras áreas de nuestra salud.

El servicio de salud y sus agentes deben garantizarnos la confidencialidad y privacidad.

Muchas veces, las lesiones que presentamos en encías, lengua, dientes y boca se asocian a otras problemáticas y deben servir de indicio para posibles enfermedades o infecciones asociadas.

Siempre preguntarnos:

Motivo de Consulta ✓

Antecedentes médicos personales ✓

Antecedentes médicos familiares ✓

Antecedentes y contexto psicosocial (si la consulta lo justifica) ✓

4.2. ITS y VIH (tratamientos, consejerías, acompañamientos, adherencias)

Como vimos en el capítulo anterior, las mujeres trans estamos particularmente expuestas al contagio del VIH y otras ITS. Investigaciones en el tema mostraron altas tasas de prevalencia de

estas infecciones entre las mujeres trans de América Latina. Sin dudas, las dificultades frente a la negociación del condón, el maltrato y violencia a los que nos vemos sometidas y la constante expulsión del sistema de salud son factores que pueden explicar aquellos resultados.

Es por ello que este capítulo nos enfocaremos en las dificultades que atravesamos para acceder a controles de VIH y otras ITS, así como para recibir consejería adecuada que nos permita prevenir el contagio o bien contar con información precisa y a tiempo para acceder a tratamientos.

Las investigaciones mencionadas en el capítulo anterior han demostrado que es menos probable que las personas trans nos realicemos pruebas para VIH y otras ITS que miembros de otros grupos de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres. A pesar de haberse encontrado que las mujeres trans tenemos altas tasas de prevalencia de VIH e ITS, existe la preocupación entre nuestra población del impacto de un diagnóstico positivo de VIH o ITS en el acceso a una terapia hormonal y a cirugías, además del temor sobre el peso que ese diagnóstico pudiera tener en interacciones sociales que ya están marcadas por la estigmatización.

Además del riesgo de conductas sexuales tales como relaciones sexuales anales sin protección, las mujeres trans podemos estar en riesgo al compartir el equipo durante las inyecciones de drogas, hormonas y rellenos de tejidos blandos. Por otra parte, el uso errático de hormonas puede resultar en cambios del estado de ánimo y las hormonas feminizantes pueden afectar la erección haciendo más difícil el uso del condón. Durante el ejercicio del trabajo sexual, aparece otro riesgo y es el de negociar con los clientes por el uso del condón: algunas/os pueden llegar a ofrecer más dinero por tener relaciones sexuales sin protección. La dificultad de negociación del uso del condón se extiende a las parejas, donde el riesgo radica en el temor a perder un vínculo. Esto nos sucede tanto a nosotras, como a otros grupos de mujeres que también están atravesadas por las determinaciones patriarcales de la sociedad en la que vivimos y nos relacionamos.

Es central reforzar el uso constante del preservativo y el campo de látex como estrategias preventivas fundamentales, y ofrecer siempre el testeo voluntario de VIH y otras ITS. También debe evaluarse la necesidad de otras medidas preventivas como la vacunación contra las hepatitis A y/o B.

Al igual que en otras poblaciones de riesgo, la investigación ha demostrado que, para las mujeres trans, es más probable que el sexo sin protección se lleve a cabo con las parejas no-comerciales principales o estables⁶⁹.

⁶⁹ “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

Aquellas mujeres trans que presentan un diagnóstico positivo de VIH o ITS, se enfrentan a otros desafíos: por un lado, el acceso al tratamiento y, por el otro, sostener la adherencia al mismo. Los estudios previos que revisamos en el capítulo 3 coinciden en señalar que el acceso al tratamiento del VIH y las ITS es limitado. La falta de cobertura de atención de la salud influye en esta situación, tanto como la necesidad de evitar acceder a profesionales de la salud que carecen de las herramientas culturales para atender a nuestra población. El miedo a la discriminación y una escasa capacidad de cuidado influyen en que muchas veces lleguemos en forma tardía a la consulta médica, con las consecuentes complicaciones. Del mismo modo, la adherencia a los tratamientos, una vez que se accede a ellos, supone un desafío para quienes somos constinualmente expulsadas de los servicios de salud.

El abordaje de la salud sexual

Es importante sostener una escucha atenta y abierta a las experiencias de las mujeres trans que nos acercamos a la atención de la salud. Para poder detectar riesgos de transmisión de VIH o ITS, es importante recuperar información acerca de la historia sexual de las mujeres trans: preguntarnos acerca del número de los contactos sexuales pasados y presentes, así como el/los género/s y el número de parejas. Compruebe si ha habido “cambios” de orientación sexual. Tenga en cuenta que la categoría “orientación sexual” puede modificarse a medida que se realice la transición a un género diferente, especialmente por uso de hormonas. Investigue el uso y frecuencia del condón, lubricantes y métodos de barrera, historia de infecciones de transmisión sexual, historia de abuso sexual, prácticas sexuales potencialmente peligrosas (por ejemplo, amordazamiento y uso de ataduras, S & M, asfixia autoerótica, etc.). Explore la existencia de conductas autodestructivas que podrían requerir de la derivación al servicio de salud mental.

Es clave aquí no hacer suposiciones y reconocer que identidad de género y la orientación sexual son categorías distintas, así como saber que las mujeres trans podemos tener prácticas sexuales diversas. Es preferible preguntar si la persona ha tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres, personas trans, o todos los anteriores, que utilizar etiquetas como homo-, bi-, pan- o heterosexual. Las preguntas de seguimiento pueden incluir prácticas sexuales específicas. Por ejemplo, muchas mujeres trans que tienen sexo con hombres son versátiles, es decir, no siempre adoptan una posición pasiva (receptiva) durante el sexo anal. Siempre es importante sostener el límite entre las

preguntas necesarias para el análisis de la situación de salud de la paciente, y la invasión a su intimidad.

La mejor manera de trabajar estos temores es enfrentándolos. El punto central de un espacio de consejería es permitir la escucha para la toma de decisiones informadas. No se trata de construir un consultorio específico, sino de habilitar un tiempo a la conversación, en la que puedan surgir preguntas, temores, expectativas. La consejería sobre el VIH debe orientarse a promover la prevención y tener en cuenta los factores y cofactores de riesgo trans-específicos, incluso el uso de hormonas y sustancias.

Es fundamental que la consejería se base, nuevamente, en la confidencialidad y permita focalizar los factores de riesgo individuales. Se recomienda brindar información adecuada, oportuna y comprensible sobre VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), haciendo énfasis en las formas de prevenir su transmisión.

También existen ideas erróneas acerca de la interferencia del tratamiento del VIH con la atención médica específica para las mujeres trans (terapia hormonal o cirugías). La información equívoca que sostienen muchas/os profesionales acerca de la interferencia de la terapia antirretroviral (TAR) en los tratamientos de hormonización constituye una barrera importante en el acceso al tratamiento del VIH.

Las mujeres trans con VIH pueden seguir las pautas de la TAR de la misma manera que lo hacen otras personas VIH positivas. Las mujeres trans que se encuentran hormonizándose, o desean hacerlo, pueden recibir las pautas de tratamiento antirretroviral generales, teniendo en cuenta algunas posibles interacciones. El uso concomitante de antirretrovirales con las drogas utilizadas para la hormonización puede resultar en el aumento o disminución de las hormonas en sangre. Es por ello fundamental que las y los profesionales que realizan el seguimiento de la hormonización contemplen la necesidad de modificar las dosis hormonales administradas. No existen pruebas del impacto de las drogas para hormonización en la eficacia del tratamiento antirretroviral.

El equipo de salud debe animar a las mujeres trans con VIH a acceder y cumplir con el tratamiento del VIH y de las ITS, que podría facilitarse mediante la combinación de este tratamiento con la terapia hormonal deseada, lo que constituye una enorme prioridad para muchas de nosotras.

Debe recomendarse a las mujeres trans que obtienen resultados negativos de VIH e ITS a hacerse las pruebas correspondientes de manera periódica.



4.3. Métodos de adecuación del cuerpo a la identidad de género (procedimientos quirúrgicos y hormonales, y cuidados estéticos)

Inyecciones de relleno de tejido blando

Es usual encontrar mujeres trans que se hayan aplicado inyecciones de aceite de silicona de grado médico o industrial, aceites lubricantes, selladores de masilla, aceite de bebé y una variedad de otras sustancias en sus caderas, nalgas, muslos, mamas, los labios o la cara. Estas inyecciones pueden haber sido administradas por personal médico que actuó fuera de los protocolos establecidos o incluso pueden haber sido administradas por otras compañeras. Usualmente, estos procedimientos se han realizado con técnicas insuficientemente estériles y en espacios inadecuados. Los riesgos asociados con estos procedimientos incluyen infecciones locales y sistémicas, la formación de émbolos, la formación dolorosa de granulomas, incluso un síndrome inflamatorio sistémico que puede llegar a ser fatal. Cuando una mujer trans manifiesta la intención de modificar su cuerpo en el momento de la consulta, es importante explorar el riesgo actual o futuro de aplicarse estas inyecciones de relleno de tejidos blandos, y se les debe asesorar adecuadamente. Las complicaciones derivadas de inyecciones previas pueden requerir de cirugía cosmética para reparar el daño.

Los riesgos de involucrarse en cambios corporales peligrosos para la salud pueden abarcarse en el espacio de una consejería especializada, en el que se dialogue acerca de la terapia hormonal y las cirugías. La consejería debe enfocarse en la atención específica de estos casos e incorporar un enfoque de reducción de daños.

Administración de hormonas

La persona que se presenta para iniciar la terapia hormonal para modificación corporal con objeto de hacer la transición de género requiere una atención especial. Si bien la transición otorga la oportunidad de aliviar el malestar respecto a la identidad de género, también abre una etapa en la que el deseo del cambio de género será aun más visible para nuestro contexto. Es decir que, además del proceso médico que implica, la transición representa desafíos con la propia familia, la pareja, la escuela y el lugar de trabajo. Este proceso podría hacerse mucho más liviano, en algunos casos, con la ayuda de equipos de salud mental.

Al comenzar el tratamiento con terapia hormonal, es fundamental evaluar la capacidad de la mujer trans para entender los riesgos y beneficios del tratamiento de manera amplia y acabada. Se requiere construir un espacio de diálogo que permita canalizar dudas, comprender los cambios y discutir los pasos del proceso de transición. Las primeras consultas deben indagar, además, sobre el uso previo de hormonas de otro sexo, ya sea prescritas por otrx profesional de la salud, obtenidas en una farmacia o a través de conocidos o medios que no hayan incluido evaluaciones previas de salud. Estas experiencias previas deben indagarse sin juicios de valor acerca de las decisiones y circunstancias que la mujer trans haya atravesado.

Los tratamientos hormonales comenzados de manera independiente pueden continuarse. El personal de salud deberá basarse en el principio de reducción de daños. Cuando las personas están decididas a continuar con medicación aún en ausencia de una supervisión médica, por lo general, es aconsejable que el médico asuma la atención médica y prescriba las hormonas apropiadas. Existe la probabilidad que, de negar la atención a la mujer trans, de todos modos continuemos con el tratamiento en forma independiente, posiblemente en nuestro detrimento.

Cuando se prescriban hormonas del sexo opuesto para una mujer que no las ha usado antes, el personal de salud debe estudiar las condiciones pre-existentes de salud física y mental para determinar la preparación y la dosis a recetar. Será responsabilidad de la o del profesional monitorear los efectos de los tratamientos de hormonas iniciados.

Si una mujer trans que se acerca a una consulta y solicita un tratamiento de hormonización ya está recibiendo hormonas, entonces el personal de salud debe revisar su régimen actual e incluir una evaluación exhaustiva de la salud general. La evaluación permitirá determinar si debe recomendar cambios en la dosificación o la preparación de las hormonas que utiliza.

La literatura coincide en que la única contraindicación médica absoluta para iniciar o mantener la terapia con estrógenos o testosterona es un cáncer sensible al estrógeno o a la testosterona. Otras condiciones como la obesidad, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias no deben impedir el tratamiento siempre y cuando suceda dentro de un consentimiento informado.

Estudios de laboratorio básicos

Los estudios de laboratorio esenciales para mujeres trans deben incluir un perfil de lípidos en ayunas (si la persona toma estrógenos por vía oral). Si toma espironolactona, incluir potasio y crea-



tinina. Deben sostenerse los valores de referencia femeninos para mujeres trans que toman estrógenos. La depuración de creatinina debe servir como criterio clínico junto con la distribución de la masa muscular y grasa corporal.

Además, los estudios de laboratorio deberán tener en cuenta la historia familiar, edad, enfermedades concomitantes, actividad sexual y otros factores de riesgo pertinentes.

Cuestiones relativas a la fertilidad

En la consulta médica, el personal de salud debe discutir con las mujeres trans las cuestiones relacionadas con la fertilidad al considerar la terapia hormonal.

El uso de hormonas sexuales del otro sexo puede reducir la fertilidad, inclusive en forma permanente, aún si se interrumpen las hormonas. El estrógeno puede tener el efecto de reducción de la libido, la función eréctil y la eyaculación. La testosterona, en general, aumenta la libido.

Vello facial y corporal

Cuando se inician terapias con hormonas deben considerarse algunos aspectos específicos. La distribución del vello corporal está fuertemente afectada por los andrógenos, que son más abundantes en los varones de nacimiento y dan lugar a una distribución más extensa de vello. La administración de hormonas femeninas a mujeres trans no elimina el vello facial o corporal si éste ya se ha desarrollado durante la pubertad. Por esta razón, muchas mujeres trans tienen que enfrentar el malestar de una distribución de vello de tipo masculino, incluyendo el bigote y la barba, que tienen que ser afeitados o depilados y cubiertos con maquillaje diariamente.

La depilación láser puede ser una solución si es practicada por profesionales calificados, pero conlleva riesgos que difieren según el color de piel. Es importante recomendar explorar las opciones de servicios de depilación láser, evaluando cuáles tienen habilidades y equipos necesarios para trabajar cada tipo de piel.

La electrólisis es otra opción para resolver el problema del vello corporal y facial, pero es un proceso caro, largo e incómodo. La electrólisis debe ser realizada por un profesional calificado que esté bien informado sobre el procedimiento y los cuidados necesarios posteriores al procedimiento (por ejemplo, evitar la exposición a la luz solar, evitar el maquillaje, etc.).

Cuidado de la piel

La piel masculina tiene, en términos generales, poros más grandes y mayor cantidad de glándulas sebáceas. La administración de hormonas femeninas contribuye a modificar estas características y la piel logra adquirir después del tratamiento, una textura más suave.

El maquillaje aplicado en exceso puede obstruir los poros y causar inflamación de glándulas sebáceas. Debe recomendarse utilizar maquillajes con bajo contenido de aceite, además de explorar opciones disponibles para cada tipo de piel.

Una recomendación importante para mujeres trans es la de no compartir cosméticos, especialmente los que se aplican en los párpados y en los labios, ya que es posible transmitir infecciones diversas a través del uso compartido de los mismos. Igualmente, importante es evitar compartir lentes de contacto cosméticos, puesto que pueden adquirirse infecciones o causar daños severos a la córnea.

También debe tenerse en cuenta que pueden aparecer problemas en la piel como consecuencia de la utilización de algunas telas y materiales. Asimismo, pueden aparecer consecuencias del ocultamiento de los genitales masculinos.

La terapia hormonal para mujeres trans incluye tanto la administración de estrógenos y progesterona como el uso de agentes anti-androgénicos. A continuación, algunas consideraciones específicas sobre el tratamiento con estas hormonas:

- **Administración de estrógenos**

Es preferible utilizar estrógenos administrados por vía sublingual (se disuelve la formulación oral bajo la lengua en vez de deglutirla), transdermal (parches) e inyectable intramuscular antes que, por vía oral, ya que estos últimos requieren ser sometidos a transformaciones por el metabolismo. Los estrógenos orales representan un riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica en personas fumadoras de más de 35 años de edad.

Después de realizar gonadectomía, se recomiendan dosis más bajas de estrógenos. Deben hacerse mediciones periódicas e incrementar o reducir dosis de acuerdo a la tolerancia de la persona.

- **Administración de progesterona**

Aun se desconocen algunos riesgos y beneficios de la aplicación de progesterona. Algunos proveedores han encontrado que tienen efectos positivos tanto en laaréola alrededor del pezón como en la libido. Los efectos en el estado de ánimo son ambiguos, pueden ser positivos o negativos. Algunas mujeres pueden mostrar aumentos de pesos e incluso alteraciones emocionales como depresión.



*En estudios que revisan el uso de progesterona oral en mujeres postmenopáusicas (por ejemplo, el estudio de **Women's Health Initiative** [WHI]) se observó que el uso de medroxiprogesterona oral puede aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, mientras que las inyecciones intramusculares (e.g., Depo-Provera) pueden minimizar este riesgo adicional.⁷⁰*

- **Administración de anti-andrógenos**

Se inicia el tratamiento con dosis única o dividida con análisis de laboratorio semanalmente. Es posible que las mujeres más jóvenes y las más robustas requieran de dosis más altas. Dado que la progesterona tiene también efectos anti-androgénicos, puede ser una alternativa especialmente en aquellos casos en los que la espironolactona está contraindicada.

Si la persona consultante tiene problemas de caída del cabello, el finasteride puede añadirse de manera complementaria (aún al comienzo del tratamiento). Puede considerarse la posibilidad de realizar implantes de cabello.

Seguimiento

La mayoría de los problemas médicos que las mujeres trans llevamos a las consultas no son consecuencias de los tratamientos de hormonización. Esto confirma la relevancia de implementar enfoques de atención integral de la salud para las mujeres trans, que incluya necesidades de atención psicosocial y primaria.

Las mujeres que inician el tratamiento con hormonas requieren un seguimiento médico a las 4 semanas, otro a los 3 y 6 meses y, posteriormente, cada 6-12 meses. Las consultas pueden darse con mayor frecuencia si surgen problemas no previstos. La atención debe dirigirse sobre todo a la presión arterial, efectos secundarios, cambios emocionales, la sexualidad, el peso y la calidad de vida (incluyendo conductas de riesgo). La evolución clínica debe ser monitoreada a través de la evaluación de los cambios físicos y emocionales subjetivos y objetivos.

Debe considerarse la posibilidad de prescribir suplementos de calcio y vitamina D, de acuerdo con las actuales directrices de prevención de osteoporosis para ayudar a mantener la densidad ósea.

Primeras consultas de seguimiento – 4 semanas a 6 meses

- Evalúe los efectos deseados y los efectos adversos de la medicación.

⁷⁰ “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe” Publicado por Organización Panamericana de la Salud. 2012.

- Verifique el peso y la presión arterial.
- Revise el estado general de la salud.
- Realice examen físico según sea necesario.
- Indague sobre la inserción social, social, la libido y el comportamiento sexual, y la calidad de vida. Evalúe factores de riesgo nuevos para el tratamiento hormonal.
- Si la mujer que consulta utiliza espironolactona (medicamento antiandrogénico), verifique el potasio.

Consulta semestral

- Evalúe los efectos deseados y los efectos adversos de la medicación.
- Verifique el peso y la presión arterial.
- Revise el estado general de la salud.
- Realice examen físico según sea necesario.
- Indague sobre la inserción social, social, la libido y el comportamiento sexual, y la calidad de vida. Evalúe factores de riesgo nuevos para el tratamiento hormonal.
- Si se ha aumentado la dosis de espironolactona, considere verificar de nuevo el potasio. La testosterona generalmente no se revisa a menos que la usuaria presente poca evidencia de feminización.

Consulta anual

- Evalúe los efectos deseados y los efectos adversos de la medicación.
- Verifique el peso y la presión arterial.
- Revise el estado general de la salud.
- Realice examen físico según sea necesario.
- Indague sobre la inserción social, social, la libido y el comportamiento sexual, y la calidad de vida. Evalúe factores de riesgo nuevos para el tratamiento hormonal.
- Verificación de prolactina una vez cada 1-2 años después de iniciar terapia de remplazo hormonal.
- Mastografía de acuerdo a estándares nacionales, valorando factores de riesgo caso por caso y de acuerdo a algoritmos basados en evidencia actuales.
- Tacto rectal anual +/- antígeno prostático de acuerdo con estándares nacionales y tomando en cuenta historia familiar y personal y factores de riesgo.

En el caso de mujeres trans de edad avanzada, se recomienda realizar mastografías. Se debe incluir este examen cuando las usuarias han utilizado estrógenos por, al menos, 30 años y, al mismo tiempo, tienen, por lo menos, 50 años, a menos que exista una historia familiar de cánceres ováricos y de mama tempranos.



El personal de atención primaria de la salud debe derivar a las especialidades necesarias para los procedimientos que permitan evaluar el estado de salud general de la mujer trans. En el caso de las mujeres trans, se considera pertinente la consulta urológica.

Es importante que el personal de la salud del nivel primario conozca los efectos de inducir las modificaciones corporales, ya que pueden proporcionar cuidados postoperatorios a las mujeres que ya hayan atravesado una cirugía.

Transición quirúrgica para mujeres trans

Orquidectomía

La orquidectomía es la extirpación de los testículos. Algunas mujeres trans se someterán a este procedimiento sin una vaginoplastia o penectomía. Podrá ser necesario ajustar la terapia con estrógenos luego de realizada la orquidectomía, ya que puede implicar bajar las dosis de la terapia con estrógenos a la vez que elimina la necesidad de bloqueadores de testosterona.

Vaginoplastia

La vaginoplastia es la construcción de una vagina a partir de tejido peneano o un injerto de colon. Usualmente, el procedimiento implica una clitoro-labioplastia para crear un clítoris y labios mayores y menores erógenamente sensibles a partir de tejidos circundantes y/o injertos de piel, así como el capuchón del clítoris. Los injertos de colon no requieren dilatación y son auto-lubricantes; sin embargo, la lubricación está presente en todo momento y puede llegar a ser molesta. Además, los injertos de colon deben ser examinados para cáncer de colon, y deben ser monitoreados si la persona desarrolla enfermedad inflamatoria intestinal.

Penectomía

La penectomía es la extirpación del pene. En general, la remoción del pene se realiza en conjunto con la vaginoplastia. En algunas técnicas quirúrgicas, la piel del pene se utiliza para formar la vagina, por lo que esta no es una amputación en el sentido estricto, sino un procedimiento

potencialmente complejo destinado a utilizar tejido análogo y mantener la función nerviosa para preservar la respuesta sexual.

Aumento mamario

Si el crecimiento mamario estimulado por los estrógenos es insuficiente, la mamoplastia de aumento mamario puede ser necesaria para alcanzar la imagen deseada por la mujer trans que requiere tratamiento.

Reducción tiroideocondroplástica

Procedimiento quirúrgico para reducir el cartílago tiroideo prominente (conocido como Nuez de Adán).

Cirugía vocal

Se trata de un procedimiento experimental, dirigido a elevar el tono de la voz. Se suele recomendar acceder a tratamientos terapéuticos para el lenguaje y la voz.

Feminización facial

La feminización facial incluye una variedad de procedimientos de cirugía plástica estética que modifican las proporciones de la cara. Algunas mujeres consideran necesarios a estos procedimientos en tanto facilitan su interacción social.

Seguimiento post quirúrgico

Principalmente, se debe examinar la evolución en el proceso de cicatrización. Las complicaciones postoperatorias pueden incluir sangrado, infección o cicatrización de las heridas.

Después de la vaginoplastia realizada con técnica del colgajo peneano pedicular, la mujer debe dilatarse entre 3 y 4 veces al día, utilizando dilatadores progresivamente más gruesos. Después del período inicial de 6 a 12 meses, si la persona está teniendo relaciones sexuales regulares, no se necesita más dilatación. De lo contrario, continuará la rutina de dilatación una o dos veces por semana. Debe recomendarse la utilización de lubricantes para el coito.



Las posibles complicaciones tardías de las intervenciones quirúrgicas en mujeres trans incluyen estenosis del nuevo meato uretral. Ante cualquier señal de infección o complicación, debe remitirse a quien consulta a su médica/o cirujana/o.

Otros controles

Cáncer de mama

Todas las mujeres trans debemos seguir los controles usuales de la salud, aun cuando no hayamos atravesado terapias de hormonización ni intervenciones quirúrgicas mamarias. En esos controles deben seguirse las pautas que marcan la genitalidad de nacimiento y los antecedentes familiares y personales de cáncer de mama.

Se sugiere la realización de mamografía bilateral en mujeres trans mayores de 50 años que realizan o realizaron hormonización con estrógenos, y presentan factores de riesgo adicionales como: antecedentes familiares de cáncer de mama, uso combinado de estrógenos y progestágenos por más de cinco años y/o índice de masa corporal elevado. No se cuenta con sólida evidencia de que la testosterona modifique el riesgo de cáncer de mama, por lo que no variarían las pautas de rastreo con el uso de esta hormona.

En caso de realizarse una mamografía, es necesario considerar la existencia de mamoplastías para que el estudio se realice con la técnica adecuada, debido al riesgo de rotura de las prótesis y a las posibles interferencias con la sensibilidad del análisis.

Cáncer de próstata

Del mismo modo que respecto del cáncer de mama, todas las mujeres trans tienen que seguir los controles usuales de la salud, aun cuando no hayan atravesado terapias de hormonización ni intervenciones quirúrgicas mamarias. En esos controles deben seguirse las pautas que marcan la genitalidad de nacimiento y los antecedentes familiares y personales de cáncer de mama.

La utilización de antiandrógenos parece disminuir el riesgo de cáncer de próstata, pero se desconoce el grado de reducción. En mujeres trans mayores de 50 años que se encuentren hormonizándose, se recomienda realizar periódicamente la exploración digital rectal de la glándula prostática. En estos casos, no se encuentra indicada la determinación de los niveles séricos de Antígeno

Prostático Específico (PSA) como parte del rastreo, debido a que los antiandrógenos pueden disminuir los valores séricos de este marcador tumoral, obteniéndose resultados falsamente negativos.

Es fundamental mantener la recomendación de rastreo de cáncer de próstata en aquellas mujeres trans que se hayan realizado una plastía genital, debido a que este tipo de cirugía no incluye la remoción de la glándula prostática. Además, es necesario tener en cuenta que, como la vagina se crea a partir de un espacio virtual comprendido entre el recto y la próstata, la correcta exploración de la glándula podría requerir la realización de un tacto transvaginal.

Cáncer anal

Existen estudios que demuestran el incremento en el riesgo de cáncer anal por Virus del Papiloma Humano (VPH) en personas con prácticas anales penetrativas, principalmente en personas con VIH y bajo recuento de CD4, u otra causa de inmunosupresión, y antecedente de lesiones anales por VPH. En estos casos podría recomendarse el rastreo de cáncer de ano mediante la realización de PAP anal. No obstante, es limitada la evidencia en relación con la evolución natural de las neoplasias intraepiteliales anales, la fiabilidad de los métodos de detección y la respuesta a los tratamientos. Para poder recomendar la realización del PAP anal se debe contar con personal especializado en anatomía patológica que sea capaz de interpretarlo. Asimismo, se debe tener previamente identificado el circuito de derivación frente a un resultado patológico, situación en la que se requerirá la realización de una anoscopía de alta resolución y seguimiento por el servicio de proctología o, en su defecto, cirugía general.

4.4. Consumos Problemáticos (uso y adicción a sustancias)

Como se detalló anteriormente, el uso de y adicción a sustancias puede estar asociado a las condiciones de vida de las mujeres trans y las situaciones de rechazo a las que somos expuestas desde la temprana edad, y/o a la criminalización y persecución del trabajo sexual (salida laboral para muchas de nosotras).

Además de la posibilidad de generar adicciones y provocar consecuencias irreparables en los cuerpos, el consumo de alcohol y otras sustancias pueden reducir la capacidad de negociar los

términos de un encuentro sexual, lo que aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de infección por VIH y otros patógenos.

Tanto por consultas directamente relacionadas al consumo y adicción a sustancias como por otras consultas (alergias, problemas gastroenterológicos, insomnio, etc.) es importante que las/los agentes de salud consulten sobre la relación de la mujer trans con diversas sustancias. Esto es relevante para realizar un diagnóstico preciso sobre la problemática que determinó la consulta, pero también para tener en cuenta a la hora de prescribir medicación y dar las indicaciones del consumo de la misma (teniendo en cuenta incompatibilidades, neutralizaciones, contraindicaciones, etc.). Para esto, las y los especialistas deben estar muy actualizados en información farmacéutica y química, con el fin de detectar drogas cuyo funcionamiento es contradictorio o mutuamente neutralizante. Además, estas drogas pueden interferir directamente con otros tratamientos (antirretrovirales, antibióticos, antialérgicos, hormonales) lo que exige mayor conocimiento de parte de las y los especialistas de salud.

Es importante que la indagación sobre el consumo se realice sin prejuicios ni juicios de valor para permitir respuestas sinceras por parte de las mujeres trans en consulta. Además, deben incluirse preguntas sobre la automedicación (sin prescripción ni seguimiento médico) de drogas legales (medicamentos).

Asimismo, es necesario que las personas involucradas en el servicio de salud tengan en cuenta la perspectiva histórica del consumo de dicha/s sustancia/s y la posibilidad de que la misma se combine o alterne con otras (cocaína y alcohol, tabaco y marihuana, etc.), la dosis que se utiliza, la

Se recomienda trabajar con un cuestionario estandarizado (confidencial) en el que se registre:

Sustancias y medicamentos que se consumen ✓

Frecuencia de consumo (actual e histórica) ✓

Dosis ✓

Vías de administración ✓

Condiciones que generan la necesidad del consumo ✓

Reacciones corporales y mentales percibidas tras el consumo ✓

frecuencia y forma de suministro de la misma, las condiciones en las que este consumo se realiza (estando nerviosas o trabajando o tras un episodio de violencia, etc).

Muchas veces, el consumo de sustancias es una forma de evadirse de procesos de depresión o angustia causados por la discriminación y exclusión constante y sistemática que atravesamos las mujeres trans. Por esta causa, es necesario que se tengan en cuenta las opciones de terapia psicológica para modificar esta situación y reducir así, como consecuencia directa, el consumo de drogas y sustancias psicoactivas.

Es preciso recordar que muchas veces, estados de estrés, nervios y ataques de pánico, pueden estar causados por síndrome de abstinencia o intoxicación, por lo que realizar el cuestionario apropiadamente puede cambiar la forma en la que se aborda el problema.

Recomendamos la creación de programas de consejería para mujeres trans, para prevenir o mermar o extinguir el consumo de sustancias nocivas para la salud. Es importante que estos espacios sean amigables, preferentemente coordinados por mujeres trans que hayan pasado por situaciones similares, y organizados en lugares y franjas horarias compatibles con las actividades de las mujeres trans.

Además, en casos en los que el consumo es moderado o alto, es importante que los agentes de salud nos informen sobre los peligros del abuso, el riesgo que esto implica para nuestras vidas y las problemáticas que acarrea.

Finalmente, consideramos fundamental que, al abordar situaciones ligadas a adicciones y abuso de sustancias, tengan en cuenta tanto la perspectiva abstencionista (que implica la cancelación total de todas las líneas de consumo y uso de sustancias) como la de reducción de daños (que recomienda modificar los patrones y sustancias de consumo por otras que tengan consecuencias menos nocivas para nuestra salud). Estas dos formas de tratamiento difieren mucho en resultados y en sostenibilidad en el tiempo y deben ser consideradas según las condiciones, dosis, formas de administración, nivel de dependencia, condiciones de uso y situación social de la mujer trans que consulta.

4.5. Atención psicológica (salud mental sin patologización)

Como dijimos anteriormente, los abordajes sobre nuestra salud deben ser realizados desde la perspectiva de la despatologización. La salud, como estado de bienestar físico, mental y social incluye diversos elementos del orden individual y colectivo.



Las mujeres trans atravesamos situaciones de vida que pueden estar marcadas por la expulsión de las instituciones de salud y educación, la discriminación, la desigualdad económica, la estigmatización, la dificultad en el acceso al mercado laboral formal, la imposibilidad de conseguir vivienda digna, el rechazo del círculo familiar y social más primario, entre otros elementos. Si bien estas no son marcas constitutivas de la vida de todas las mujeres trans, muchas de nosotros pasamos por algunas o varias de estas experiencias.

Estas situaciones pueden generar cuadros de depresión, ansiedad, pensamientos o ideaciones suicidas. Muchas de nosotras no mostramos ninguna de estas sintomatologías, pero muchas requieren de ayuda psicológica para salir de estas situaciones.

Es importante que las personas que trabajan en las instituciones de salud tengan en cuenta la recomendación de derivación a servicios de salud mental para las mujeres trans, siempre que lo hagan considerando que nuestra identidad de género no es un problema, sino que lo que resulta problemático y altera nuestro bienestar es la forma en la que la sociedad se relaciona con nosotras por nuestra identidad.

La sociedad, de la que somos parte y de la que dependemos para nuestro desarrollo pleno, ejerce un rol de confrontación y maltrato con el que tenemos que enfrentarnos cotidianamente. Esto ocurre con muchas personas y no sólo con las mujeres trans (por ejemplo, con el colectivo LGBI, con las mujeres que deciden no ser madres, con las personas que no obedecen con mandatos sociales estrictos, etc). Algunos estudios demostraron que la pertenencia a una organización de mujeres trans, el acompañamiento de pares, los espacios de apoyo y la aceptación familiar son estrategias exitosas en la reducción de las consecuencias del estigma y la discriminación.

Un equipo de salud que se proponga sostener un enfoque integral debe estar constituido de manera interdisciplinaria y contemplar diversas dimensiones de la salud desde las primeras consultas.

Un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico adecuado para la depresión, la ansiedad, el pánico y las ideaciones suicidas puede mejorar nuestra calidad de vida y, por ejemplo, mejorar nuestra adhesión a tratamientos y/o ayudarnos a disminuir el consumo de sustancias y drogas.

Las y los especialistas que atienden una consulta inicial, por ejemplo, en el servicio de emergencias o guardias de un hospital, y –en caso de justificarse– aquellos del área de salud mental a los que se deriva, deben tener especial cuidado al contemplar las situaciones de vida de la mujer

trans (si está aislada socialmente, si vive en situación de calle, si tiene alguna infección de transmisión sexual, si su salud se encuentra deteriorada, si se auto medica o interrumpe su tratamiento de hormonas, etc.).

Es importante que se incluya a pares dentro de los tratamientos psicológicos, dado que la consejería de otras mujeres trans que atravesaron esta situación y han logrado mejorarla o resolverla sirve de apoyo y de horizonte de las mujeres trans que recién empiezan el tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Se han registrado casos en los que, frente a cualquier consulta médica, las y los médicas/os han derivado a las mujeres trans al servicio de salud mental porque las encontraban inestables, irascibles o abúlicas. Sin embargo, esto se debía a un cuadro de descompensación hormonal (por una hormonización auto-medicada) y no a una situación psicológica.

Entre las prácticas recomendadas a los centros de salud, alentamos la contratación de personas trans para asistirnos en momentos de crisis o para acompañarnos en nuestro proceso terapéutico. Además, hacer más amenas e inclusivas las salas de espera y los procesos administrativos.

4.6. Acompañamiento en casos de violencia, discriminación y estigma

Las mujeres trans nos enfrentamos a niveles de violencia aún mayores que otros sectores de la sociedad. A la violencia machista que ataca a todas las mujeres, sumamos la violencia institucional cuando nuestro trabajo se encuentra en la calle y la violencia de género que puede incluso terminar en un transfemicidio. La violencia de género refiere a actitudes y comportamientos individuales y grupales de rechazo, desprecio, desdén y violencia hacia las personas trans. Siguiendo las ideas del segundo capítulo de este documento, la violencia de género contra nosotras está fuertemente ligada a la ignorancia y prejuicios y valores discriminatorios. La violencia contra las mujeres trans se encuentra muy extendida en los países de Latinoamérica y el Caribe, provocando que las mujeres trans vivamos en un estado continuo de tensión defensiva. La noción de la impunidad en la que estos casos suelen quedar, la falta de acompañamiento judicial de las víctimas, agravan la situación de vulnerabilidad.

Muchas de las entradas de las mujeres trans al sistema de salud se hacen a través de los servicios de urgencias de clínicas y hospitales. El personal de salud debe estar atento a las condiciones de estrés en las que las víctimas se encuentran, y debe evitar añadir cargas adicionales a su



ya difícil situación. Se debe mantener una actitud abierta, despatologizante, respetuosa y sin prejuicios, a partir del conocimiento de la situación de violencia que las mujeres trans atravesamos.

También deben evaluarse posibles agresiones sexuales, que pueden estar ligadas o no a agresiones físicas. Una mujer trans que ha estado expuesta a una situación de violencia física y sexual se encontrará sin dudas en una profunda conmoción emocional que debe ser tratada junto con las lesiones físicas, además de ofrecer la profilaxis adecuada post-exposición para VIH y otras ITS.

Recomendamos que los equipos de salud que lo consideren necesario requieran asistencia y capacitación en temas relacionados con identidad de género e identidad sexual, además de conocer la situación de grupos vulnerables como las mujeres trans. Los equipos de atención primaria de la salud son un componente esencial para mejorar nuestras condiciones de salud, y deben contar con la información y las habilidades necesarias para poder brindar una atención integral de la salud.

Las consejerías de pares son una buena forma de disminuir los efectos negativos de la violencia vivida y la facilitación de acceso a asesoría jurídica para dar paso a una denuncia puede ser bien recibida, sobre todo entendiéndola como una articulación de los sistemas médicos y jurídicos.

5. ¿Cómo seguimos? Construcción de redes y estrategias de diálogo

Modificar representaciones o ideas sociales sobre los géneros y la sexualidad implica un camino arduo y lento. En los países de América Latina ya se ha avanzado mucho en materia de reconocimiento de derechos de las personas ante la elección de su identidad de género, su aspecto, sus elecciones sexuales. Sin embargo, la persistencia de crímenes de odio, discriminación y transfobia nos alertan sobre la necesidad de seguir trabajando para la construcción de una sociedad más igualitaria e inclusiva. Conocer más sobre la construcción de las identidades de género, las identidades sexuales y el ejercicio de las sexualidades sin dudas nos permitirá profundizar la discusión acerca de la construcción y difusión de estereotipos y categorías que afectan nuestra vida e impiden el desarrollo pleno de nuestra salud.

Desde la REDLACTRANS iniciamos el camino de difusión de conocimientos sobre nuestra situación como mujeres trans. En torno a la salud, trabajamos en la producción de materiales (ver el capítulo 2 de esta Guía) que dan a conocer la situación de las mujeres trans frente al VIH Sida así como frente a la vulneración de derechos básicos que también afectan nuestra salud.

Los próximos pasos apuntan a articular una red de intercambio y trabajo conformada por actores y organizaciones involucrados en el tema, para la consolidación de un enfoque de atención integral de la salud para mujeres trans. Proponemos un trabajo de pares para la consolidación de canales de debate y construcción de propuestas, en el que estemos involucrados integrantes de la sociedad civil, profesionales de la salud, representantes del campo científico/académico, tomadores de decisión, población en general. Para ello, desde REDLACTRANS trabajaremos en la formación de nuestras compañeras para que puedan replicar estas recomendaciones a profesionales de la salud y a otras mujeres trans.

Creemos que es fundamental construir canales de diálogo e intercambio entre pares. Nos referimos aquí a personas interesadas en trabajar por la construcción de espacios o servicios de atención integral de la salud desde un enfoque inclusivo. En así que proponemos reforzar los intercambios entre nuestras compañeras y organizaciones con los profesionales de la salud, así como entre profesionales de la salud de diferentes países, ciudades o establecimientos. Generar canales de intercambio entre profesionales de la salud que puedan dar a conocer experiencias exitosas puede ser una tarea futura de central importancia.

Nuestra experiencia ha mostrado que la construcción de redes de intercambio en la que se involucren quienes se proponen trabajar activamente en este campo, otorga mayor visibilidad y fortaleza a nuestros reclamos y estrategias. La construcción de redes no implica necesariamente la formalización de esos espacios, sino el trabajo conjunto, el intercambio de información, el debate acerca de las estrategias a tomar, la solidaridad frente a los reclamos.

En relación al objetivo de contar con espacios de atención de la salud a los que las mujeres trans podamos acceder y sentirnos bien recibidas y comprendidas, la implementación de estrategias con un fuerte involucramiento de mujeres trans es fundamental. Las mujeres trans podemos participar de estos espacios como transmisoras de conocimientos específicos hacia los profesionales de la salud, así como en diseminadoras de información vital sobre tratamientos y cuidados hacia otras compañeras. Para que esto ocurra, las organizaciones deben contar con aliados que faciliten la participación significativa de las mujeres trans en los procesos de discusión y toma de decisiones (UNDP e IRGT, 2016). Tal como hemos mencionado anteriormente, existen experiencias exitosas que muestran la efectividad de tratamientos de salud en mujeres trans cuando quienes consultan lo hacen acompañadas por otra mujer trans.

Finalmente, entendemos que estrategias como la presente Guía permiten exceder las acciones individuales de referentes y profesionales destacados del campo de la salud, ampliando el campo



de acción hacia todas las mujeres trans que requieran atención de la salud y a todos y todas los y las profesionales que brinden esos servicios. La mejor manera de lograr los cambios a largo plazo que buscamos se encuentra en pensar un abordaje colectivo de la situación de la salud de las mujeres trans.

6. Recomendaciones finales

A lo largo de esta Guía hemos recopilado información referente a la salud de las mujeres trans en Latinoamérica y el Caribe. Hemos dado cuenta de la especificidad de las necesidades de salud de nuestro colectivo y trabajamos múltiples recomendaciones sobre diversos aspectos de nuestra salud.

Pensamos la guía como una fuente rápida y práctica que revisar y seguir. Las y los destinatarias/os pertenecen a un universo amplio con diversidad de edades, profesiones, educación, tiempo.

La guía estará redactada desde la voz de las mujeres trans, nuestra voz, porque somos las que mejor conocemos las estrategias de atención integral para poder asistir, permanecer y regresar a los servicios de salud.

A continuación, recopilaremos algunas de las recomendaciones mencionadas a lo largo de este documento y cuya realización garantizarán la prestación de servicios de salud integral para las mujeres trans.

- ✓ En la realización de esta guía pudimos observar que existe un vacío en cuanto al relevamiento de situación sanitaria, servicios de salud con abordajes integrales y basados en DDHH y buenas prácticas a nivel regional. La información hallada describe países o bloques subregionales. Sería importante generar esta información, sobre todo desde una articulación entre sistemas de salud de los diferentes países.

- ✓ Es de fundamental importancia la incorporación de las organizaciones de mujeres trans en el armado, montaje, modificación o sostenimiento de los servicios de salud integral destinados a mujeres trans. Nosotras contamos con un conocimiento muy profundo sobre las técnicas que funcionan mejor y sobre formas específicas de abordaje a nuestro grupo.

✓ Emplear a mujeres trans para la atención inicial y recepción en áreas destinadas y planificadas para personas trans suele mejorar la calidad de la atención y nuestra experiencia en los servicios de salud.

✓ Las y los agentes involucradas/os en la prestación de servicios de salud deben respetar la identidad de género declarada por la mujer trans. En este sentido, es importante que utilicen el nombre (correspondiente a la identidad) que las mujeres trans brindamos y los artículos y adjetivos adaptados al mismo.

✓ La salud integral debe tener en cuenta la diversidad en la que las mujeres trans vivimos. No sólo la diversidad de género, sino la social, étnica, de capacidad, etaria, de recursos económicos, etc.

✓ Nuestro bienestar corporal, mental y social depende en gran forma del contexto en el que nos desarrollamos. Ningún diagnóstico o tratamiento, consultoría o recomendación serán acertados si no se tiene en cuenta las condiciones de estigma, discriminación, violencia y/o persecución que las mujeres trans atravesamos casi cotidianamente.

✓ Tener una ley de identidad de género modifica estas condiciones de manera muy marcada. Sin embargo, muchos países de América Latina y del Caribe no cuentan con la misma.

✓ Si el derecho a la salud es un derecho humano, la prestación de servicios de salud amigables con las mujeres trans es una herramienta necesaria e ineludible para que accedamos ese derecho universal.

✓ Es importante adoptar un paradigma despatologizador, es decir, que reconozca la identidad de género como una de las múltiples formas en las que se representa la diversidad humana, no asociándola con enfermedades ni patologías

✓ Los servicios de salud deben elaborar una respuesta institucional estructural. La calidad y permanencia de los servicios de salud integrales e inclusivos para mujeres trans no puede depender de la "bondad" o solidaridad de personas aisladas, más allá de las buenas intenciones que tengan.

✓ La respuesta inicial debe conformarse con la reasignación de recursos existentes y la formación y sensibilización de las personas involucradas en los sistemas de salud.



- ✓ Las intervenciones de los espacios comunes y públicos facilita el acceso, la permanencia y el retorno de las mujeres trans a los servicios de salud, así como la adherencia a tratamientos.
- ✓ La señalización, cartelería, folletería y formularios administrativos deben reconocer y dar cuenta de la diversidad de género (así como de otras diversidades).
- ✓ Las y los agentes de salud deben comprometerse a una formación constante y actualizada en temáticas de género y de adecuación del cuerpo a la identidad de género.
- ✓ Las primeras y segundas líneas de contacto (personas que intervienen en la recepción y atención inicial) deben ser sensibilizadas e informadas respecto a diversidad y género.
- ✓ Cualquier información que no se consulte puede ser errónea, y de esa forma derivar en tratamientos equivocados. Para optimizar el tiempo, los recursos y la calidad de nuestra salud, es importante que las personas involucradas en los servicios de salud nos pregunten todo lo que consideren necesario y no presupongan ninguna respuesta ni la deriven de especulaciones sobre nuestras prácticas y cuerpos.
- ✓ Las/los especialistas y enfermeras/os deben informarnos y explicitar claramente la información relacionada a la causa de nuestra consulta, el diagnóstico, las posibilidades de respuesta, las consecuencias negativas y positivas de diversos tratamientos. Todo esto debe ser realizado en un clima en el que primen las relaciones horizontales, preferentemente no jerarquizantes, y contemplando un espacio para realizar preguntas y consultas.
- ✓ El servicio de salud y sus agentes deben garantizarnos la confidencialidad y privacidad.
- ✓ Promovemos y alentamos la creación y consolidación de redes y estrategias de comunicación entre mujeres trans y personas que trabajan en los servicios de salud; entre mujeres trans organizadas y mujeres trans que aún no pertenecen a las organizaciones; y entre servicios de salud para compartir sus prácticas y recomendaciones entre sí.



7. Bibliografía

ATTTA, Fundación Huésped y ONUSIDA (2014) “[Ley de Identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina](#)”.

ATTTA, REDLACTRANS y UNSE (2016) “[Estudio de situación de mujeres trans PVVS en relación con la adherencia al TARV en Argentina](#)”.

Center of Excellence for Transgender Health. (2008-2009) 8 Best practices for HIV prevention among Trans People. Center of AIDS Prevention Studies University of California y Pacific AIDS

CES y MUMS. (2009) “[Caracterización de la vulnerabilidad individual y grupal de personas Trans de la Región Metropolitana, con énfasis en aquellas que ejercen el Comercio Sexual](#)”.

Colafranceschi, Marco; Failache, Elisa y Vigorito, Andrea (2013) “[Desigualdad multidimensional y dinámica de la pobreza en Uruguay en los años recientes](#)”, El futuro en Foco: Cuadernos sobre desarrollo humano. PNUD. Uruguay.

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) Nicaragua. (2010) Presentación de resultados.

[Encuesta Nacional de Situación de las poblaciones TLGB en Bolivia](#) (2011). Series Estudios e investigaciones. Conexión-Fondo de emancipación.

[Estudio de Prevalencia del VIH/Sífilis y comportamientos, prácticas y actitudes de la población trans en el Paraguay](#) (2011) PRONASIDA, CIRD, Fondo Mundial, Panambi, ParaGay

Feldman, JL y Goldberg, J. (2006) “[Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia](#)”. Vancouver Coastal Health - Transgender Health Program.

[Informe Nacional de Progreso sobre SIDA en Chile](#) (2014) ONU SIDA y Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.

[Informe Nacional sobre los Avances realizados en respuesta al VIH y al SIDA en el Paraguay](#) (2014). ONUSIDA, OPS y Programa Nacional de Control de Sida/ITS del Paraguay.

Iris Group International (2012). Diagnóstico de situación en el ámbito de políticas relacionadas con VIH en Centroamérica. USAID.

Ledo, Carmen; Soria, René; MC; MSP y AS (2011) Sistema de Salud en Bolivia, artículo publicado en Revista Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), División de Derechos Humanos / Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC) (Uruguay) (2015) [TRANSFORMA 2015. “Diversidad sexual y derecho a la salud: El acceso de las personas trans”](#). Documento base.

Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) y OPS (2008) “Salud, VIH-SIDA y sexualidad trans. Atención de la salud de personas trans y travestis. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans”.

[Olvidadas hasta en la muerte. Asesinatos a personas trans durante el período democrático en Paraguay \(1989-2013\)](#). (2014) Asociación Panambi de Travestis, Transexuales y Transgéneros. Asunción, Paraguay.

ONU SIDA (2014) [Global AIDS Country progress Report 2014. Belize](#).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009) [HIV Biennial Report. 2008-2009](#).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012) “[Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe](#)”.

[Primera Encuesta Nacional. Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley contra la Discriminación](#) (2013). Movimiento de Integración y Liberación Homosexual-MOVIH.

[Primera Investigación \(estudio de caso\) sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de Población LGBTI en Ecuador](#) (2013) Instituto de Estadísticas y Censos-INEC.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2013) “[Consultorios amigables para la diversidad sexual. Informe Ejecutivo](#)”.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) (2015) “[Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud](#)”.

Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2010) “[Guía de Buenas Prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud](#)”.

REDLACTRANS (2014) “[Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans de Latinoamérica y el Caribe](#)”.

REDLACTRANS, Alianza Internacional y What’s preventing Prevention (2012) “La noche es otro país”. Disponible en <https://www.aidsalliance.org/resources/303-la-noche-es-otro-pais> (último acceso 25/08/2017).



Samudio, Margarita; Vesga, Juan Fernando; Cohenca, Beatriz; Jacobs, Marjolein y Brezzo, Clarisa (2015) “[Estimación de la incidencia de VIH en población adulta de Paraguay con el modelo matemático MoT](#)” Pan American Journal of Public Health, Vol. 37, N° 3. Washington.

Sevelius, Jae. (2013) Transgender issues in HIV. American Academy of HIV Medicine

Silva-Santisteban, A et al. (2012) “[Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study, using respondent driven sampling](#)”. AIDS Behav, Vol 16, N° 4.

Toibaro, J. et al. (2009) “[Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales](#)”. Medicina V. 69 N° 3.

TRANSFORMA (2016) “[Visibilizando realidades: Avances a partir del Primer Censo de personas trans](#)”- División de Derechos Humanos - Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC) División de Evaluación - Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay.

United Nations Development Programme, IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United States Agency for International Development. (2016) [Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions](#). New York (NY): United Nations Development Programme.

USAID (2011) “[Diagnóstico situacional de estigma y discriminación relacionado a la homofobia, transfobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica](#)”.

Varella, D. et al. (1996) “[HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population](#)”. AIDS Patient Care STDS, Vol. 10, N° 5.

Vargas, Pablo C. (2008) “[Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans \(LGBT\) en Bolivia: Diagnóstico y Antecedentes](#)”, informe realizado por la Fundación Igualdad LGBT de Santa Cruz, para la Red LGBT del MERCOSUR. Bolivia.